

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1896

N

143

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 6 février 1896, à 1 heure

Par GEORGES FRÉNOY

Né à Breteuil (Oise), le 5 mars 1867

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

FAUX CANCERS DE L'ESTOMAC

Président : M. LABOULBÈNE, professeur.

*Juges : MM. { BERGER, professeur.
CHARRIN, HARTMANN, agrégés.*

Le Candidat répondra, en outre, aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

HENRI JOUVE

IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, Rue Racine, 15

1896

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MEDECINE



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41554032_0075

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1896

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 6 février 1896, à 1 heure

Par GEORGES FRÉNOY
Né à Breteuil (Oise), le 5 mars 1867

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

FAUX CANCERS DE L'ESTOMAC

Président : M. LABOULBÈNE, professeur.

*Juges : MM. { BERGER, professeur.
CHARRIN, HARTMANN, agrégés.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

HENRI JOUVE

IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
15, Rue Racine, 15

1896

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen.	M. BROUARDEL.
Professeurs	MM.
Anatomie	FARABEUF.
Physiologie	CE. RICHEL.
Physique médicale.	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.	N.
Pathologie et thérapeutique générales.	BOUCHARD.
Pathologie médicale.	DIEULAFOY.
Pathologie chirurgicale.	DEBOVE.
Anatomie pathologique	LANNELONGUE.
Histologie.	CORNIL.
Opérations et appareils.	MATHIAS DUVAL.
Pharmacologie.	TERRIER.
Thérapeutique et matière médicale.	POUCHET.
Hygiène.	LANDOUZY
Médecine légale.	PROUST.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	BROUARDEL.
Pathologie comparée et expérimentale.	LABOULBENE
	STRAUS.
	G. SEE.
Clinique médicale.	POTAIN.
	JACCOUD.
	HAYEM.
	GRANCHER.
Maladie des enfants.	
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	JOFFROY.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	FOURNIER.
Clinique des maladies du système nerveux.	RAYMOND.
	TILLAUX.
Clinique chirurgicale.	BERGER.
	DUPLAY.
	LE DENTU.
Clinique des maladies des voies urinaires.	GUYON.
Clinique ophthalmologique.	PANAS.
Clinique d'accouchements.	TARNIER.
	PINARD.

Professeurs honoraires.

MM. SAPPEY, PAJOT.

Agrégés en exercice.

MM.			
ACHARD	GAUCHER	MARIE	SEBILEAU
ALBARRAN	GILBERT	MÉNÉPIER	THIERRY
ANDRE	GILLES DE LA	NELATON	THOINOT
BAR	TOURETTE	NETTER.	TUFFIER
BONNAIRE	GLEYS	POIRIER, chef des	VARNIER
BROCA	HARTMANN	travaux anatomi-	WAETHER
CHANTEMESSE	HEIM	ques.	WEISS
CHARRIN	LEJARS	RETTERRER	WIDAL
CHASSEVANT	LETULLE	RICARD	WURTZ
DELBET	MARFAN	ROGER	

Secrétaire de la Faculté: M. Ch. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MEMOIRE DE MON PERE
ET DE MON GRAND-PÈRE

A CELLE DE MONSIEUR PETIT-FAMECHON

Mon bienfaiteur

A MA MÈRE BIEN-AIMÉE

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR LABOULBENE

Médecin honoraire des hôpitaux
Membre de l'Académie de médecine
Officier de la Légion d'honneur

A MES BIENFAITEURS

Qui m'ont tant aidé au cours de mes études

ET EN PARTICULIER

A MONSIEUR O. CAPART

Prêtre de la Mission

A TOUS MES VRAIS AMIS



CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES
FAUX CANCERS
DE L'ESTOMAC

AVANT-PROPOS

En terminant nos études médicales, nous tenons à témoigner notre gratitude à chacun de nos maîtres dans les hôpitaux.

Et d'abord, nous prions M. le professeur Laboulbène d'agréer nos plus vifs remerciements pour l'honneur qu'il nous a fait, en acceptant la présidence de cette thèse.

Que M. le Dr Charrin veuille bien agréer ici, également, le témoignage de notre vive reconnaissance pour la bienveillance qu'il nous a témoignée et les

conseils si éclairés qu'il a bien voulu nous donner pour la rédaction de ce modeste travail.

M. le Dr Reclus nous a initié à la petite chirurgie et a guidé nos premiers pas dans la pratique chirurgicale ; M. le Dr Kirmisson nous a enseigné l'orthopédie infantile : nous leur adressons collectivement nos remerciements pour tout le fruit que nous avons tiré de leurs belles leçons, toutes si pleines de conviction.

Mais nous devons un hommage tout particulièrement respectueux et reconnaissant à M. le Dr Quénu, auprès duquel nous avons achevé notre éducation chirurgicale et qui, en outre des solides méthodes d'exploration clinique qu'il nous a appris à connaître, nous a familiarisé avec les belles applications de l'antisepsie actuelle.

Nous n'aurions garde d'oublier ici, d'adresser nos plus vifs remerciements à M. le Dr P. Sébilleau, qui, dans le même service à Cochin, nous témoigna si spontanément, sa bienveillance et nous initia, avec tant de zèle, aux choses essentiellement pratiques de la Chirurgie. M. le Dr Sébilleau, par l'intérêt qu'il nous témoigna, fut pour nous plus qu'un maître, Nous sommes heureux de pouvoir lui offrir publiquement ce faible témoignage de notre profonde reconnaissance.

Que M. le Dr Renault, à qui nous demandâmes de guider nos premiers pas dans la clinique médicale, reçoive nos plus vifs remerciements : non seulement nous avons puisé près de lui d'excellentes

méthodes cliniques à l'hôpital annexe de Pascal, mais nous avons de plus trouvé, dans le vaste champ d'étude de Lourcine, un enseignement fécond au point de vue des affections vénériennes.

Les consultations matinales de M. le Dr Brocq, à l'hospice de Larochefoucauld, nous ont fourni les moyens de compléter nos connaissances en dermatologie, et, nous sommes heureux de pouvoir témoigner ici à cet excellent maître, toute notre reconnaissance pour les principes solides qu'il nous a enseignés et la forte conviction qu'il a su nous suggérer pour la thérapeutique si ardue des affections de la peau.

Que M. le Dr Faisans, auprès duquel nous avons appris, entre autres choses, l'art si difficile de l'auscultation, veuille bien agréer nos plus vifs remerciements.

M. le Dr Marfan, nous a familiarisé, par ses intéressantes leçons cliniques avec la thérapeutique infantile : nous n'aurions garde d'oublier de lui en témoigner toute notre gratitude.

Nous adressons également nos remerciements à MM. les Dr Bacchi et Nattier auprès desquels nous avons complété nos études médicales, à la polyclinique de Paris, pour les maladies des yeux, du larynx des oreilles et du nez.

Enfin, nous n'oublierons jamais l'enseignement magistral que nous avons entendu à la Clinique Baudelocque, chez M. le professeur Pinard, auprès

duquel nous avons achevé avec tant de fruit l'étude des accouchements.

Que M. le Dr Chaput, à qui nous devons deux de nos plus intéressantes observations et à qui, ni un conseil ni un service n'a été demandé en vain, veuille bien agréer l'expression de notre entière reconnaissance.

M. le Dr Auscher, chef de clinique, nous a communiqué en détail l'observation toute récente de la malade qui a attiré notre attention sur le sujet de notre thèse. Nous le prions d'accepter ici nos plus vifs remerciements pour la bienveillance avec laquelle il s'est mis à notre disposition.

Enfin, que notre excellent ami, le Dr Désesquelle, qui ne nous a jamais ménagé ses conseils, et nous a toujours soutenu de ses encouragements dans les moments difficiles de la période finale de nos études, veuille bien recevoir ici, également, ce témoignage public de notre reconnaissance.





INTRODUCTION

Nous étions assez embarrassé pour le choix d'un sujet de thèse, quand assistant aux très intéressantes leçons de M. le Dr Charrin, faites cette année dans le service de clinique de l'Hôtel-Dieu, notre attention se trouva appelée par ce bienveillant maître sur l'étude des faux cancers de l'estomac : l'histoire d'une malade, morte dans le service après avoir présenté tous les symptômes d'un cancer de l'estomac et qui n'en était pas un, vérification faite ; malade qui fit le 29 novembre dernier, à la Société anatomique l'objet d'une communication de M. Auscher, chef de clinique et dont l'observation sera reproduite plus loin, nous invita à faire des recherches dans ce sens.

Après avoir consulté les nombreux travaux suscités par la question si intéressante du cancer de l'estomac, nous demeurâmes convaincus qu'aucun travail d'ensemble n'avait encore paru sur ce sujet, cependant si digne d'attention, des faux cancers de

l'estomac, c'est-à-dire de ces cas, revêtant à s'y méprendre l'aspect du cancer et qui trompent les prévisions du médecin, soit qu'une guérison spontanée se produise, soit qu'une nécropsie ou une intervention chirurgicale vienne démentir le diagnostic.

Et pourtant, des observations aussi nombreuses que probantes, apportées déjà de longue date et, tout récemment encore, les unes à la Société anatomique, les autres à la Société de chirurgie ou ailleurs, ont droit à plus de notoriété. C'est ainsi que nous avons pu réunir sur ce sujet vingt observations plus démonstratives les unes que les autres.

Avec celle de la malade dont nous parlions en commençant et dont nous devons la communication à la bienveillance de M. le Dr Auscher, chef de clinique, et une autre inédite, que nous a gracieusement offerte M. le Dr Charrin, le nombre des faits que nous apportons à l'appui de notre thèse, se trouve porté à vingt-deux.

On pourrait nous reprocher de ne point apporter un contingent plus fourni d'observations inédites ; mais d'une part, en matière de clinique, le diagnostic est si souvent chose discutable, que nous avons cru devoir nous mettre à l'abri de tout reproche d'incompétence, en ne produisant que des faits longuement étudiés par les maîtres les plus en vue et dont la compétence ne pouvait être discutée ; d'autre part les faits dont il s'agit, il faut bien le reconnaître, ne sont malheureusement pas assez fréquents, pour permettre une abondante moisson : il faut sa-

voir attendre du temps ce qu'il veut bien nous donner.

C'est dire que nous n'avons pas la prétention, en écrivant ces lignes, de faire œuvre absolument nouvelle ; mais nous serions heureux, si, par notre modeste travail, nous pouvions contribuer à mettre en lumière les nombreux faits, signalés depuis longtemps déjà par les plus autorisés de nos maîtres, mais restés épars, comme perdus dans la houle des communications, et comme tels, sans doute, restés sans force.

Puissent-ils, ainsi groupés en faisceau, acquérir toute la valeur à laquelle ils ont droit. Nous aurions au moins la satisfaction d'avoir fait œuvre doublement utile : au malade d'abord, au bon renom du médecin ensuite.

Quel praticien en effet, avec la thérapeutique actuelle, encore si désarmée contre le cancer, ne s'est pas senti impuissant en face de ces malheureux atteints de carcinome, assistant pour ainsi dire consciemment à leur propre agonie ? Le diagnostic de cancer une fois posé, c'est la défaite du médecin, à qui il ne reste comme ressource que l'expectation désarmée.

Mais que de diagnostic posés prématurément, combien de malheureux abandonnés ou à peu près, à leur triste sort et qu'une affirmation moins brutale eût peut-être sauvés !

Que si, au contraire, chacun demeure convaincu qu'en pareille matière l'erreur est possible, même en

présence de certains signes dits pathognomoniques, notre devoir devient tout autre; c'est alors la lutte possible, contre un ennemi inconnu parfois, il faut en convenir, mais lutte plus noble en tous cas, que notre impuissance de tout à l'heure. C'est au moins la satisfaction de notre amour-propre, bien plus c'est la sauvegarde de notre réputation : si en effet on pardonne quelquefois au médecin de n'avoir pu guérir son malade, on ne l'excuse jamais de s'être trompé sur l'issue d'une maladie. Les observations qui suivent seront à ce sujet bien plus éloquentes par elles-mêmes que tout ce que nous pourrions écrire.

Nous devons même aller plus loin, aujourd'hui, avec les audaces si justifiées de la chirurgie antiseptique, nous devons porter plus haut nos espérances puisque nous sommes convaincus que l'erreur est possible; nous n'attendrons pas que notre malade arrivé à la période ultime de la cachexie, soit devenu incapable de supporter le moindre traumatisme, pour faire appel à l'aide du chirurgien. Dès que nous aurons acquis la conviction que le traitement médical a produit tout ce qu'il pouvait donner, après avoir épuisé le modeste arsenal de la thérapeutique actuelle, nous proposerons à notre malade une intervention exploratrice qui pourra, dans quelques cas, devenir curative.

Qu'on ne nous accuse pas d'utopie, les faits se multiplient chaque jour et nous renvoyons comme

meilleur argument à la lecture du troisième groupe de nos observations.

C'est, dira-t-on, la négative de toute clinique, s'il faut recourir au bistouri pour établir un diagnostic ? Loin de nous semblable insinuation ; nous n'entendons pas ériger en loi absolue cette manière de faire, mais pourquoi ne la réserverait-on pas aux cas difficiles, à ceux où la clinique seule est impuissante à établir la vérité ?

Ne sauverait-on, en agissant ainsi, qu'un malade sur cent, par exemple, qu'on n'en devrait pas moins, croyons-nous, tenter la laparotomie, guidé par cette idée que ce qu'on croit être un cancer peut n'en être pas un ; qu'il suffira peut-être, comme l'a montré M. le professeur Terrier, de sectionner quelques adhérences, ou comme l'a montré M. Chaput d'exciser une tumeur bénigne pour rendre à la vie un malade à jamais perdu, sans intervention chirurgicale.

Nous ne voulons pas sortir du cadre que nous nous sommes tracé, et engager ici une discussion au sujet de la conduite à tenir dans les cas de carcinome avéré. Mais si la gastro-entérostomie n'a pas encore rallié tous les suffrages, puisqu'elle ne peut être qu'une méthode palliative, chacun conviendra que la laparotomie peut être, elle, considérée aujourd'hui, au moins, comme ne présentant aucune gravité, quand elle est faite par des mains autorisées, dans les conditions où l'asepsie peut être réalisée. Pourquoi, en désespoir de cause, ne pas la tenter ?



DIVISION

Et d'abord, que faut-il entendre par cette expression : faux cancer de l'estomac ?

En donner une définition précise et unique, nous paraît impossible en l'état actuel de la science ; le faux cancer de l'estomac, est une entité clinique pouvant se révéler sous les formes les plus diverses et les plus inattendues.

On pourrait dire de lui qu'il peut être tout, excepté du cancer. L'analyse de nos observations montrera mieux que nous ne pourrions le faire que, *l'ulcère rond, la sclérose sous-muqueuse hypertrophique, l'adénome, la tuberculose ganglionnaire, les diverses lésions d'organes voisins*, peuvent en imposer pour un cancer de l'estomac ; d'où le nom de *faux cancer*, en attendant mieux.

De nombreux travaux ont épuisé l'antithèse de notre sujet, nous voulons parler des cancers latents, c'est-à-dire de ces cas, dans lesquels le malade se présente à l'observation avec des symptômes d'af-

fections diverses, n'attirant en rien, quelquefois, l'attention sur les troubles de la digestion. Le cancer devient, dans ces cas, une surprise d'autopsie ou ne se révèle à la période ultime que par un accident foudroyant.

La thèse de Chesnel (Paris 1877) est un modèle du genre et résumé de main de maître, la plupart des travaux faits sur ce sujet. Il classe sous huit chefs principaux, les différentes affections dont le cancer de l'estomac peut revêtir le masque. Tantôt, pas de symptômes, tantôt il simule le mal de Bright, l'anasarque, la tuberculose, la bronchite, la cirrhose hépatique, une affection cardiaque, ou passe encore inaperçu chez des cancéreux, atteints dans d'autres organes.

L'étude de ces faits est aujourd'hui devenue classique et dans la mémoire de tous ; nous ne voulons pas y insister et nous renvoyons pour plus de détails au remarquable ouvrage précité et aux innombrables travaux qu'a suscités cette alléchante question.

Prenant la contre-partie de ce sujet, nous nous proposons de montrer qu'il existe également *des faux cancers de l'estomac*, c'est-à-dire, des affections dans lesquelles, les malades se présentent à notre examen avec des signes soi-disant pathognomoniques du cancer de l'estomac et qui, cependant, ne sont pas des cancéreux.

Pour plus de clarté, nous grouperons les faits sous trois chefs principaux, sous lesquels on trouvera classées nos observations.

I

Les malades présentent les signes du cancer de l'estomac, à tel point, que le diagnostic paraît évident et sont traités comme tels. Mort. A l'autopsie, pas de trace de cancer, mais on trouve des lésions appartenant à des affections diverses, auxquelles on n'avait même point songé.

II

Les malades présentent les symptômes du cancer de l'estomac d'une façon paraissant non moins évidente. Abandonnés comme tels, ou soumis à une thérapeutique anodine, mais toujours rationnelle, ils guérissent spontanément ou par des remèdes, dont l'efficacité serait restée vaine en face d'un vrai cancer.

III

Les malades présentent des symptômes manifestes de cancer de l'estomac. On se décide pour une in-

tervention plutôt palliative que curative. Laparotomie. Pas de cancer. Guérison dans quelques cas. Un cas de mort par accident opératoire.

Qu'on ne croie pas que nous voulions ici nous payer de mots. Nous montrerons dans les pages qui suivent que le diagnostic avait été fait par des maîtres, dont il n'est point permis de mettre en doute la haute compétence en matière de clinique et d'après des symptômes considérés, le plus souvent, comme signes de certitude, puisque nous y comprenons l'existence de la tumeur elle-même, nettement constatée.





HISTORIQUE

Loin d'être de date toute récente, la question des faux cancers semble avoir de tout temps préoccupé la majorité des cliniciens et si les travaux, vraiment scientifiques, ne datent que d'hier encore, c'est que leurs auteurs avaient enfin à leur disposition le merveilleux instrument, qui a permis de révolutionner le monde médical, je veux parler du microscope.

Il n'en faut pas moins reconnaître à nos vieux maîtres, de même que plusieurs d'entre eux avaient pressenti la théorie microbienne, le mérite d'avoir essayé de distinguer cliniquement du véritable cancer de l'estomac, ce fléau contre lequel ils se sentaient, eux aussi, si impuissants, certaines formes d'affections de l'estomac, aux allures moins redoutables, trompant leurs prévisions, et qui, par cela même, ne leur semblaient plus rentrer dans le même cadre clinique, de par leur évolution.

Andral, le premier, s'exprime ainsi :

« Souvent aussi, on a méconnu la véritable nature
« des altérations auxquelles donnaient lieu l'hyper-
« trophie d'une ou de plusieurs tuniques de l'esto-
« mac et des intestins ; l'on a regardé, par exemple,
« comme des tissus nouveaux, développés de toutes
« pièces au sein des parois gastro-intestinales, ces
« parois mêmes, simplement hypertrophiées dans
« quelques-unes de leurs tuniques. Ainsi l'on appelle
« cancer, un simple épaissement du tissu cellu-
« laire sous-muqueux, etc.... autant aurait valu don-
« ner ce nom à l'épaississement du tissu cellulaire
« qui entoure d'anciens ulcères cutanés ou à l'indu-
« ration qui, dans certaines maladies du poumon
« frappe le tissu cellulaire interlobulaire » (*Précis
d'anatomie pathologique*, tome I, p. 47).

Ce n'est encore que de l'histologie macroscopi-
que, mais néanmoins Andral posait déjà les pre-
miers jalons qui devaient servir aux travaux ulté-
rieurs.

L'Ecole anglaise qui de tout temps s'est fortement
occupée des affections de l'estomac, par l'organe de
Wilson Fox (article : *Hypertraphy of the walls of
the stomach* ; in encyclopédie de Reynolds), reproche
à tort, selon nous, à Andral de n'avoir pas assez dé-
gagé cette forme des autres affections cancéreuses.

« Andral, dit l'auteur, qui en donna la première
« description systématique, la confondit avec l'indu-
« ration squirrheuse ou plutôt il admit que cette
« forme de cancer de l'estomac, consistait dans l'é-
« paississement des tuniques de l'organe : épais-
« sissement

« sement produit par une inflammation chronique ».

Cruveilhier admet à son tour l'hypertrophie avec « induration des parois stomacales, sans cancer ».

Brinton reprenant la question, le premier propose de donner à l'affection une appellation nouvelle, la distinguant définitivement du cancer, et la désigne sous le nom de « *Plastic Linitis* » de (*Rete ex lino factum*).

Enfin, MM. Hanot et Gombault en 1882, dans un savant mémoire, mettaient la question complètement au point et proposaient de désigner cette affection du nom plus scientifique de « Sclérosé sous-muqueuse hypertrophique ». De leur plume autorisée, ils rayaient ainsi définitivement du cadre du cancer, certaine affection de l'estomac, pouvant en présenter la plupart des signes cliniques. Aidés du microscope et de l'observation, ils précisaient à la fois et les caractères cliniques et les caractères histologiques de cette lésion, entrevue longtemps auparavant par Andral.

« En résumé, concluent-ils, nous avons voulu établir tout d'abord, dans cette revue rétrospective, l'existence d'une maladie de l'estomac, où s'accuse particulièrement la sclérose hypertrophique de la couche sous-muqueuse, sclérose hypertrophique qui, pour les uns, s'accompagne toujours de lésions de la muqueuse, qui pour d'autres, serait une lésion primitive, non inflammatoire « *sui generis* » ; sclérose hypertrophique subordonnée pour ceux-ci à la gastrite chronique ; absolument indé-

« pendante de la gastrite pour ceux-là ; sclérose
« hypertrophique, complètement distincte pour tous
« du cancer squirrheux, si grande que puisse être,
« au point de vue macroscopique, la ressemblance
« entre les deux ordres d'altérations.

« Toutefois la question est loin d'être totalement
« élucidée ».

(*Archives de Physiologie*, 1882).

Aujourd'hui la question est jugée, et il n'est pas d'ouvrage classique récent, qui ne réserve une place distincte à la description de la sclérose sous-muqueuse hypertrophique. C'est, assurément, un grand pas de fait en avant dans la voie du diagnostic différentiel des affections de l'estomac, et, il n'est pas de médecin qui n'ait cette forme présente à la pensée quand il est appelé à se prononcer pour ou contre l'existence d'un cancer.

Mais ce n'est point tout, il ne faut point s'arrêter là, l'œuvre reste incomplète, et nous espérons que d'autres plus préparés que nous à cette étude, apporteront des travaux capables de jeter encore un jour nouveau sur cette question. Il n'y a pas que la sclérose sous-muqueuse hypertrophique qui puisse simuler le cancer, comme nous avons pris à tâche de le montrer.

Aussi ce qui restera de plus grand à faire sera de chercher par une étude approfondie au lit du malade, par une observation assidue et éclairée, des caractères permettant de différencier cliniquement ces affections diverses des véritables cancers.

Cette tâche, nous sommes obligés de la laisser à d'autres plus expérimentés : elle demande l'expérience des maîtres, jointe à leur haut savoir, car elle est des plus ardue. Qu'on en juge par ce que dit Dujardin-Beaumetz dans ses *Cliniques de thérapeutique*, il nous montre toute l'étendue de la difficulté :

« Autrefois, le diagnostic du cancer de l'estomac
« était pour ainsi dire classique, et il semblait que
« rien ne fut plus facile de séparer des autres affec-
« tions chroniques de l'estomac, le cancer de cet
« organe. Aujourd'hui, nous sommes loin d'avoir la
« même assurance et l'on peut dire, que dans un
« grand nombre de cas, il est non-seulement diffi-
« cile de diagnostiquer le cancer, mais qu'il est pres-
« que impossible de le faire. »

Plus récemment, un élève de ce grand maître, M. Gaston Lyon, auteur également d'une thèse très documentée sur le cancer de l'estomac, attire encore l'attention du monde médical sur le même sujet, dans un très intéressant article de la *Gazette des Hôpitaux* du 22 février 1890 :

« En réalité, dit-il, il n'est peut-être pas d'affec-
« tion dont le diagnostic soit moins assuré que
« celui de la maladie qui nous occupe : on ne compte
« plus les cas de prétendus cancers, avec troubles
« fonctionnels, avec cachexie, avec tumeur, qui, sur
« la table d'autopsie, ont démenti le diagnostic
« porté ; nombreux encore sont les cas du même
« genre, où la guérison absolue des malades, a trompé

« les prévisions du médecin et porté atteinte à sa
« réputation. »

En résumé, nous savons aujourd'hui, qu'en dehors du cancer de l'estomac et de la sclérose sous-muqueuse hypertrophique, nous savons, disons-nous, de par la clinique, qu'il existe des affections simulant à s'y méprendre le cancer de l'estomac, et qui cependant ne sont pas des cancers. Mais ce que nous ne savons encore à l'heure actuelle, c'est les différencier du carcinome, de la sclérose sous-muqueuse, voire même les distinguer entre elles, par les moyens cliniques. Aussi, est-ce vers ce point que devront se diriger les efforts ultérieurs pour combler cette énorme lacune.





DE LA VALEUR DE CERTAINS SYMPTOMES, DITS PATHOGNOMONIQUES

On a abusé en clinique de certains signes dits pathognomoniques ; mais, s'il est une affection pour laquelle on semble s'être évertué à les multiplier, c'est, sans contredit, pour le cancer de l'estomac.

Nous n'avons point l'intention, disons-le de suite, de passer ici en revue tous les symptômes permettant d'arriver au diagnostic de cette affection, ni de les discuter un à un. D'autres avant nous, et en grand nombre, ont traité ce sujet avec tous les détails et le soin qu'il comporte. Ce sont choses absolument classiques, nous ne nous y arrêterons donc pas.

Ce que nous voudrions uniquement, serait d'essayer de mettre en garde le clinicien contre le danger de trop d'absolutisme, dans l'interprétation de tous les symptômes, donnés comme caractéristiques du cancer de l'estomac.

Admettre avec quelques-uns, qu'il existe des signes pathognomoniques, c'est-à-dire, capables de faire

reconnaître *a priori*, quand on a l'heureuse fortune de les rencontrer, l'existence d'un cancer de l'estomac, c'est s'exposer à de terribles mécomptes ; une fois ces dangereuses prémisses admises, si l'on veut rester logique avec soi-même, on n'hésitera pas à affirmer la nature d'une affection, dont il eût mieux valu, dans certains cas, douter au grand bénéfice du malade et de soi-même.

En présentant le malade qui fait l'objet de l'observation XIII, Trousseau s'exprime ainsi :

« Dès le principe, notre malade paraissait atteint
« de cancer de l'estomac ; ce diagnostic établi entraî-
« nait l'aveu de mon impuissance et me condamnait
« à l'abstention absolue de toute médication sé-
« rieuse, puisque l'expérience ne nous dit que trop,
« combien nos efforts sont inutiles dans une maladie
« aussi incurable que celle-ci, combien même, une
« intervention trop énergique est nuisible. Le seul
« espoir qui me restait était donc que je m'étais
« trompé. »

Son malade guérit. Heureux doute, qui permit à l'admirable clinicien, d'instituer une thérapeutique d'épreuve, que sa logique lui aurait interdit de mettre en œuvre, au contraire, s'il se fût cru autorisé à porter un diagnostic plus précis.





DE LA VALEUR SÉMÉIOLOGIQUE DE LA PRÉSENCE D'UNE TUMEUR ÉPIGASTRIQUE, DANS LE DIAGNOSTIC DU CANCER DE L'ESTOMAC

Il est, sans aucun doute, indéniable que certains symptômes aient une haute valeur. En peut-on trouver un plus sûr, en apparence, que celui fourni par la constatation de la présence de la tumeur elle-même, chez un malade déjà âgé, présentant en outre des accidents dyspeptiques anciens, ayant eu, dans certains cas, des vomissements noirs et arrivé à la période ultime de la cachexie ?

Il est, certes, bien tentant en pareil cas, de poser le diagnostic de cancer et trop souvent malheureusement on est en droit de le faire, après avoir éliminé toutefois la sclérose sous-muqueuse hypertrophique. Et cependant des hommes de la plus haute valeur s'y sont trompés, au grand bénéfice du malade, au grand étonnement de tous et encore plus du médecin qui avait porté un arrêt de mort.

Qu'on veuille bien jeter un coup d'œil sur les deux derniers groupes de nos observations : elles sont à cet égard aussi démonstratives que nombreuses.

Aussi, en présence de la possibilité de semblables démentis, devons-nous être plus circonspects, trop heureux, si comme Trousseau, malgré tous les symptômes plaidant en faveur d'un cancer, nous en trouvons un, si minime soit-il, qui semble en contradiction avec les autres et nous permette, à temps, de faire nos réserves expresses.

Si la présence d'une tumeur nettement sentie, appelle notre attention vers une affection cancéreuse, souvenons-nous que, bien que probable, la chose peut n'être point certaine et ne soyons vraiment affirmatifs qu'après avoir mis tout en œuvre, pour éliminer en vain cette hypothèse.





DE LA VALEUR SÉMÉIOLOGIQUE DE LA
PHLÉBITE SPONTANÉE AU COURS D'UNE
AFFECTION DE L'ESTOMAC, DANS LE DIA-
GNOSTIC DU CANCER DE CET ORGANE.

Dans ses belles leçons cliniques de l'Hôtel-Dieu,
Trousseau s'exprime ainsi :

« Lorsque vous êtes embarrassés sur la nature
« d'une maladie de l'estomac et que vous hésitez
« entre une gastrite chronique, un ulcère simple, et
« un carcinome, une *phlegmatia alba dolens* surve-
« nant à la jambe ou au bras, fera cesser votre indé-
« cision, il vous sera permis de vous prononcer dé-
« finitivement pour l'existence d'un cancer de l'es-
« tomac. Telle est pour moi la valeur séméiotique
« de la *phlegmatia alba dolens*, dans la cachexie
« cancéreuse en général, que je fais de cette phleg-
« matia un signe aussi certain de la diathèse cancé-
« reuse, que le sont de cette même diathèse, les
« épanchements sanguinolents dans les cavités séreu-
« ses. »

Terrible loi que devait vérifier sur lui-même l'au-
teur qui l'avait émise, puisqu'elle lui permit de faire

le diagnostic du mal implacable qui devait l'arracher, si prématurément à la science et à l'admiration de ses élèves !

Et pourtant, nous laisserons à M. le professeur Bouchard le soin d'apporter un léger correctif à ce que cette affirmation a de trop absolu :

« J'ignore absolument, dit ce maître si compétent, dans un mémoire lu à la Société médicale des hôpitaux le 13 juin 1884, si les artères peuvent être modifiées dans leur nutrition au cours de la dilatation de l'estomac ; mais cinq fois, j'ai observé la phlébite spontanée à l'un des membres inférieurs, dans des cas où la dilatation ne s'accompagnait d'aucune maladie cachectique propice aux coagulations, sauf chez une malade atteinte de fièvre typhoïde. En défalquant ces cas, ce serait encore une proportion de 2 pour 100. Bien minime, cette proportion donne à réfléchir ; quand chez un homme de cinquante ans présentant des troubles dyspeptiques sérieux, on voyait apparaître une phlébite spontanée, on se croyait en droit d'affirmer, avec Trousseau, l'existence d'un cancer de l'estomac. Cette loi demande à être rectifiée ; il faut savoir opposer à la thrombose du cancer, la phlébite de la dilatation de l'estomac ».

Nos observations I et XV encore inédites, que nous devons à la bienveillance de M. le Dr Charrin et de M. Auscher, sont deux faits nouveaux à ajouter à ceux de M. le professeur Bouchard.



DE LA VALEUR SÉMÉIOLOGIQUE DU GANGLION SUS-CLAVICULAIRE, DANS LE DIAGNOSTIC DU CANCER DE L'ESTOMAC.

On a attiré l'attention, ces dernières années, sur un signe qui permettrait de faire presque à coup sûr le diagnostic de cancer de l'estomac.

M. le D^r Troisier, en octobre 1886, apportait à la Société médicale des hôpitaux trois observations de malades, ayant présenté les symptômes du cancer de l'estomac et, chez lesquels, il avait rencontré un ganglion sus-claviculaire hypertrophié. Sur ces trois cas, un seul avait pu être vérifié à l'autopsie.

M. Troisier en induisait que très probablement les deux autres cas, si l'autopsie avait été possible, eussent été aussi démonstratifs, et, concluait à la haute valeur séméiologique de ce signe.

Sans vouloir entrer dans le débat, disons de suite qu'il en est de celui-là comme des précédents. Qu'il

fournisse de fortes présomptions en faveur d'un cancer, nous ne saurions en douter puisque M. le Dr Troisier l'a démontré ; mais il faudrait bien se garder ici encore de vouloir généraliser, ce signe ayant été signalé dans d'autres affections. Nous renvoyons comme preuve de ce que nous avançons à notre première observation. On verra que la malade qui en fait l'objet présentait, elle aussi, un volumineux ganglion sus-claviculaire, avec une tumeur épigastrique nettement perceptible, des signes gastriques tels, que le diagnostic de cancer de l'estomac semblait s'imposer. Or, il se trouva que l'autopsie fut une véritable surprise puisqu'on se trouva en présence d'une *typhlite tuberculeuse* qui ne s'était révélée par aucun signe local pendant l'existence de la malade. La tumeur épigastrique était constituée par une agglomération de ganglions tuberculeux mésentériques, le ganglion sus-claviculaire était de même nature.

A propos de cette observation, nous demandons la permission de faire une courte digression, qui nous permettra elle-même, de répondre d'avance à une objection qu'on serait en droit de nous faire.

En présence de ces adénopathies on avait soulevé l'hypothèse d'une affection tuberculeuse possible bien que l'auscultation restât muette.

A-t-on soumis la malade, pourrait-on nous demander, à l'épreuve de la tuberculine ?

L'expérience fut faite, en effet, et comme elle ne donna aucun résultat, nous saisisons cette occasion

pour mettre en garde contre trop d'absolutisme.

La tuberculine, en effet, dans certains cas, produit une réaction se manifestant chez les tuberculeux par une élévation de température et permet de faire le diagnostic de tuberculose, comme Koch l'a affirmé. Malheureusement cette réaction n'a point toute la valeur désirée parce que ces injections élèvent aussi la température chez des malades atteints d'autres infections.

Or, comme le cancer est, peut-être, une infection, comme en tous cas il lui arrive d'ouvrir la porte à des infections, on est exposé à observer chez les cancéreux ces mêmes élévations de température.

Enfin la tuberculine, elle-même, ne donne parfois aucune réaction même chez les tuberculeux et ce fut le cas ici, puisque notre malade ne réagit point.

Enfin nous ajouterons incidemment que cette réaction ne peut être considérée comme si spécifique qu'on l'a supposé à l'origine, puisqu'il a été démontré qu'en injectant des produits microbiens fabriqués par des bactéries autres que le bacille de Koch, on obtenait parfois cette élévation de température, même chez les tuberculeux (1).

1. Travaux de Bouchard et d'Arloing.





DE LA VALEUR SÉMÉIOLOGIQUE DE LA
CACHEXIE ET DE LA DIMINUTION DU
TAUX DE L'URÉE ET DE L'ACIDE CHLO-
RHYDRIQUE, DANS LE DIAGNOSTIC DU
CANCER DE L'ESTOMAC.

Nous n'insisterons pas sur la valeur du symptôme cachexie, qui à lui seul, ne peut avoir assez de poids. Il suffirait de passer en revue, les unes après les autres, chacune de nos observations pour voir qu'il ne manquait dans aucune d'elles, et cependant, en aucun cas il ne s'agissait de cancer.

La cachexie indique une affection grave, ayant entraîné la dénutrition, se manifestant surtout quand l'estomac est lésé, mais n'indiquant pas la nature du mal. C'est la signature de la déchéance organique, que la cause soit le cancer, la tuberculose ou toute autre diathèse; elle n'est point la conséquence, uniquement, d'une affection primitive de l'estomac.

Nous n'ignorons point que seule, la teinte jaune paille des téguments est considérée comme carac-

téristique du cancer, mais n'est-ce point là souvent qu'une simple question de nuances? Ce signe ne saurait suffire à lui seul pour permettre d'établir *a priori* un diagnostic sérieux.

Nous ne voulons point insister davantage sur ce point que personne ne contestera.

Nous en dirons de même de l'absence d'acide chlorhydrique dans le suc gastrique et de l'abaissement du taux de l'urée dans les urines. Ces deux méthodes sont excellentes en elles-mêmes puisqu'elles contribuent dans certains cas à éclairer notre diagnostic, témoin notre observation XXI où la persistance de l'acide chlorhydrique permet de mettre en doute l'existence d'un cancer, mais elles ne sauraient suffire à elles seules à établir le diagnostic du cancer : l'absence d'acide chlorhydrique, l'abaissement du taux de l'urée ne sont point fonction du cancer, ce qu'ils nous apprennent, c'est que la muqueuse de l'estomac est lésée, que ses glandes sont atrophiées, qu'elle ne secrète plus assez et partant, que l'élaboration des aliments ingérés est moins bonne en un mot, d'où diminution de l'urée ; les deux moyens cliniques nous apprennent qu'il existe de la gastrite chronique, mais il ne faut pas conclure au-delà. Que cette gastrite chronique, coïncide avec une tumeur, la chose est fréquente, mais d'autre part, l'acide chlorhydrique peut être complètement absent d'un suc gastrique, le taux de l'urée peut être considérablement abaissé, sans qu'il y ait cancer.

Nous renvoyons pour preuve de ce que nous avan-

çons à l'observation VI, encore inédite que nous devons à la bienveillance de M. Charrin, observation que nous avons résumée plus loin.

Cette observation nous montre en effet qu'un estomac, bien qu'indemne de cancer, peut présenter des altérations telles, au niveau de sa muqueuse, qu'il peut être considéré comme ayant disparu entièrement, en tant qu'organe physiologique. En pareil cas, les glandes étant détruites, quoi de plus naturel que l'absence d'acide chlorhydrique, quoi de plus rationnel que l'abaissement du taux de l'urée, l'élaboration des ingesta étant insuffisante, bien qu'une suppléance intestinale s'établisse peu à peu, au fur et à mesure que l'atrophie stomacale progresse. En effet, ici, il n'existait point trace de cancer comme l'a démontré l'autopsie.





DU CHLORATE DE SOUDE ET DES ESPÉRANCES QU'IL AVAIT FAIT NAÎTRE, QUANT A LA CURABILITÉ DU CANCER DE L'ESTOMAC.

Bien que le côté thérapeutique ne rentre point dans notre sujet, puisque nous faisons œuvre essentiellement clinique, cette question se rapportant indirectement à celle qui nous occupe, nous ne pouvons sans nous attirer de reproches justement mérités, passer sous silence certains travaux tout récents et qui firent époque.

Nous le devons, car nous publions parmi nos observations, celle d'un malade soumis à cette méthode et considéré comme guéri d'un cancer de l'estomac; guérison publiée officiellement, mais trop prématurément, puisque d'une part, l'amélioration signalée ne se maintint point, et que d'autre part, une intervention chirurgicale ayant été jugée urgente, il fut reconnu qu'il ne s'agissait point de cancer.

Nous le devons encore, parce que nous croyons devoir rendre hommage au vénéré maître qui la conçut: si en effet cette méthode n'a malheureusement pas répondu aux espérances qu'on pouvait en attendre, en faveur du cancer de l'estomac, elle aura, selon nous, produit un enseignement utile; elle nous a appris que la lutte n'était point toujours vaine, que la guérison était possible dans certains cas que l'on pouvait considérer comme désespérés; elle nous a montré une fois de plus combien est difficile, parfois, le diagnostic du cancer, en un mot, qu'il existe cliniquement des cas de cancers larvés, pouvant en imposer aux plus habiles pour du cancer véritable, et qui, heureusement n'en sont point; justiciables qu'ils sont d'un traitement efficace par certains médicaments et en particulier, par le chlorate de soude.

M. le Dr Brissaud, au Congrès tenu à Besançon en août 1893, annonçait qu'il croyait avoir trouvé un agent capable d'amener la guérison, sinon de toutes, au moins de certaines formes du cancer de l'estomac.

« Je ferai, disait-il, avant de vous donner les résultats, une parenthèse restrictive, concernant les succès obtenus. C'est que ce succès pourrait être attribué à une erreur de diagnostic. On pourrait m'objecter que j'ai pris pour des cancers de la gastrite chronique dont les symptômes sont tout à fait semblables. Cependant, s'il était admissible que j'aie pu me tromper une première fois, une deuxième fois, cela devenait plus improbable pour le

« troisième cas, et je me refuse à croire que je pou-
« vais faire une telle erreur diagnostique, un nombre
« répété de fois.

« D'ailleurs, dans la plupart des cas traités et gué-
« ris, il existait une tumeur gastrique évidente, signe
« irréfutable de cancer.

« Je fais mes réserves aussi, sur une cause d'erreur
« possible avec la gastrite plastique, qui, par l'épaissis-
« sement de la paroi stomacale peut faire penser à
« une tumeur. Mais quelques-uns, cas dont j'affirme
« la guérison ou du moins une amélioration incroya-
« ble, présentaient une tumeur très nette, en œuf de
« poule, et non une tuméfaction plane. »

Affirmé, par un maître aussi écouté, à juste titre,
que l'est M. Brissaud, dans une assemblée aussi solen-
nelle que savante, le fait ne devait pas manquer
d'être pris en considération, et, désireux d'un succès
si longtemps attendu par tous, chacun se mit à l'œu-
vre : le chlorate de soude fut essayé loyalement con-
tre le cancer.

Les résultats ne répondirent point à l'attente, au
moins d'une façon générale. Des guérisons isolées
d'une part, des améliorations notables d'autre part,
furent bien signalées, mais la plupart des cas de
cancers avérés, contre lesquels on dirigea la nou-
velle thérapeutique, ne furent pas influencés par le
traitement.

Nous nous garderions bien de mettre en doute les
résultats obtenus et publiés par un maître aussi
savant que l'est M. le D^r Brissaud, pas plus que ceux

publiés, depuis, sous son inspiration, sans doute, dans une thèse récente de M. Lebellet ; les faits en eux-mêmes sont trop probants. Très certainement le chlorate de soude doit posséder une action élective sur la muqueuse gastrique, et quelque désireux qu'ils aient pu être de venir en aide à ceux qui souffrent, nous aussi, nous nous refusons à croire, que des hommes compétents au possible, aient pu commettre la même erreur, un si grand nombre de fois. Sans le moindre doute, à quelque minime exception près, il y a eu guérison dans les cas observés.

S'il y eut erreur, ce ne fut point dans la constatation des résultats obtenus, mais dans le diagnostic primitif.

Ces cas étaient-ils, en effet, des cancers ?

Il en est des affections de l'estomac comme d'une foule d'autres encore ; malgré les beaux travaux qui paraissent chaque jour sur ce sujet si attrayant ; malgré les belles recherches et les non moins belles méthodes d'exploration clinique de MM. Hayem et Winter, pour ne citer que celles-là, nous ne saurions trop le répéter, il est probable que nous confondons encore aujourd'hui sous une même appellation, des états morbides différents, bien que paraissant cliniquement identiques ; d'où succès obtenu par les uns, échec subi par les autres, et cela, dans des cas paraissant semblables. Nous comparons des unités qui ne sont pas égales entre elles.

Qu'on veuille bien nous permettre de nous reporter pour un instant à la communication précitée et

qu'on nous pardonne, si pour la clarté de l'argumentation, nous en détachons à nouveau quelques lignes déjà reproduites, et voyons sur quels signes on s'est fondé pour affirmer le diagnostic de cancer de l'estomac : « D'ailleurs, y lisons-nous, dans la « plupart des cas traités et guéris, il existait une « *tumeur gastrique évidente, signe irréfutable de « cancer* ».

Et plus loin, après les réserves faites pour éliminer les cas de sclérose sous-muqueuse hypertrophique de MM. Hanot et Gombault : « Mais quelques-uns, cas dont j'affirme la guérison... présentaient une tumeur très nette *en œuf de poule* et « non une tuméfaction plane ».

Le diagnostic des faits signalés, a donc été établi surtout de par la constatation d'une tumeur épigastrique, voire même d'une tumeur circonscrite.

Or, nous croyons avoir montré, d'une part, par les considérations précédentes, et nous espérons démontrer d'autre part, à l'aide des nombreuses observations qui suivent que, même en présence d'une tumeur épigastrique, cette tumeur fût-elle circonscrite et aussi nette que possible, le doute est quelquefois permis sur la nature cancéreuse de l'affection, quand bien même d'autres signes, considérés à tort comme pathognomoniques, viendraient s'y ajouter.

Est-ce à dire qu'il faille briser tout ce que nous avons adoré, rejeter tous les signes classiques considérés, à juste titre, comme pouvant le plus souvent

nous autoriser à faire un diagnostic, renier en un mot toute valeur à ce que la pathologie et la clinique nous enseignent? Loin de nous pareille aberration. Nous demeurons convaincus avec nos classiques, que trop souvent la clinique a raison, trop souvent, puisqu'elle doit nous conduire à l'impuissance thérapeutique, à une expectation à peu près désarmée. Mais ce dont nous voudrions convaincre tous ceux qui nous feront l'honneur de nous lire, c'est que chacun des symptômes de soi-disant certitude, y compris la tumeur, n'a qu'une valeur relative, non seulement pris isolément mais quelquefois même associé aux autres; que très probablement les faits cités comme cas de guérison de cancers de l'estomac, n'étaient autres que des *faux cancers*.

En un mot, et pour terminer, que les faits auxquels nous faisons allusion soient minorité, et minorité aussi infime que l'on voudra, ne doivent-ils pas suffire à exercer notre réserve quand il s'agit de poser un diagnostic, dont la précision doit entraîner un pronostic si grave?

Bien plus, ils doivent nous donner une nouvelle ardeur pour lutter contre ce mal implacable et aiguïser notre désir de guérir :

« Et puis, dit M. Mathieu dans la *Thérapeutique des maladies de l'estomac*, le diagnostic du cancer est chose parfois si difficile, qu'on a obtenu quelquefois des guérisons inespérées. On se trouve en présence de faux cancers de l'estomac. Peut-être si on avait conservé l'espoir suffisam-

« ment, aurait-on guéri quelques faux cancéreux
« qu'un traitement plus actif, plus méthodique, eût
« sauvés !

« Il faut toujours se conduire comme si l'on était
« en présence d'un faux cancer. »

Si donc les espérances de M. le D^r Brissaud ont été en partie déçues, quant à la curabilité du cancer proprement dit, il n'en sera pas moins un titre de gloire pour lui, d'avoir provoqué un énergique mouvement de réaction et contribué à montrer que des cas, où tout semblait désespéré, étaient parfois justiciables d'une thérapeutique plus active, quelquefois même d'un traitement vraiment curatif.

Pénétrés de ces idées, puissions-nous avoir la satisfaction de rendre à la vie quelques-uns de ces malheureux voués à une mort certaine, si on les avait laissés abandonnés à un mal supposé incurable.





I

Les malades présentent les signes du cancer de l'estomac, à tel point que le diagnostic paraît évident, et sont traités comme tels. Mort. A l'autopsie, pas de trace de cancer; mais on trouve des lésions appartenant à des affections diverses, auxquelles on n'avait même point songé.

OBSERVATION I

Typhlite tuberculeuse ayant simulé un cancer de l'estomac.

Due à la bienveillance de M. le Dr Auscher, chef de clinique de la Faculté.

Mad. X..., âgée de 48 ans, est entrée en juillet 1895, à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. le professeur G. Sée, pour un affaiblissement progressif dû à de l'inappétence et à des vomissements.

A son entrée, on fut frappé par son teint anémique et la décoloration des muqueuses; la teinte de la peau rappelait la couleur jaune paille des porteurs de carcinome gastrique.

A la palpation, on trouvait une tumeur arrondie au niveau de la région épigastrique, tumeur douloureuse à la pression profonde. La malade était habituellement constipée, elle avait des vomissements assez fréquents survenant à des heures très variables après les repas.

Elle présentait en outre une adénopathie très développée, non seulement dans le creux sus-claviculaire gauche, mais encore dans le triangle sus-claviculaire droit, dans l'aisselle gauche et un peu moins développée dans l'aisselle droite. Quelques-uns de ces ganglions atteignaient le volume d'une noix ; ils étaient très durs et ne se sont jamais ramollis par la suite ; la pression n'en était point douloureuse.

Dans le cours des cinq mois que la malade passa à l'hôpital, elle eut de temps en temps des hématomésès peu abondantes.

La malade ne toussait pas, sauf pendant les dernières trois semaines de sa vie.

Le diagnostic fut au début très hésitant. L'examen du sang avait été pratiqué par M. le D^r Auscher, chef de clinique, et l'on n'avait pas constaté la leucocytose qui accompagne d'habitude le cancer, comme le montrèrent les chiffres suivants :

Nombre des globules rouges par millimètre cube, 3.800.000

Nombre des globules blancs par millimètre cube, 11.000

En raison de ces constatations, on éliminait également le diagnostic de leucocythémie.

Quoique l'auscultation, pratiquée souvent, ne révélât rien d'anormal, on songea à la possibilité de tuberculisation ganglionnaire et à cet effet, on injecta à la malade, et à trois reprises différentes, une tuberculine qui s'était montrée active chez d'autres tuberculeux, on lui en injecta une première fois 1/2 milligramme, la deuxième fois 1 milligramme et la troisième fois 2 milligrammes, sans déterminer aucune réaction thermique : la température de la malade oscillait toujours entre 37°,5 et 38°,2.

Six semaines avant la mort, elle présenta de la *phlegmatia alba dolens* aux membres inférieurs, puis la température monta, présentant de grandes exacerbations vespérales. En ce moment la malade commença à présenter des signes de tuberculose du sommet droit : respiration rude, puis craquements, enfin souffle.

Elle mourut au commencement du mois de décembre 1895, extrêmement cachectisée, sans avoir jamais présenté d'albumine dans l'urine.

Autopsie. — On trouva une *typhlité tuberculeuse* qui avait été l'origine d'une chaîne ganglionnaire gagnant la citerne de Pecquet, puis remontait de là dans le médiastin postérieur, pour gagner les chaînes carotidienne et axillaire.

La tumeur, sentie du vivant de la malade dans la région épigastrique, n'était qu'un diverticule de cette chaîne ganglionnaire, diverticule entourant les origines du tronc coeliaque.

Il existait là plusieurs ganglions formant dans leur ensemble le volume d'une grosse orange. Sur la coupe tous les ganglions étaient uniformément lardacés, blancs et d'une résistance presque fibreuse.

Il existait dans le reste du tractus digestif, quelques ulcérations tuberculeuses, particulièrement dans l'intestin grêle ; il existait également dans l'estomac des ulcérations à fond granuleux entourées de quelques fins points jaunâtres et qui n'étaient autres que des ulcérations tuberculeuses.

Il est probable que ce semis d'ulcérations avait été l'origine des hématomés présentés par la malade.

Le sommet du poumon droit, présentait des agglomérations péribronchiques en feuille de trèfle, de nature tuberculeuse. Les plus avancés de ces nodules étaient en voie de ramollissement au centre, mais la plupart étaient encore à l'état de tubercule gris.

Le poumon gauche présentait également à son sommet plusieurs foyers jeunes du même genre.

Le foie était onctueux et gras à la coupe. La rate, les reins, le cœur ne présentaient pas d'anomalie évidente.

OBSERVATION II

Ancien ulcère rond pris pour un cancer.

(Emprunté à la thèse de M. Lorenzi, Paris, 1894-1895, page 34).

Croq... Maria, ménagère, âgée de 40 ans, est entrée, salle Louis, à Lariboisière, le 24 août 1893. Depuis 12 ans elle a des douleurs vives après les repas. Vomissements quelques heures après avoir mangé. Elle souffre beaucoup depuis un an surtout dans la région de l'appendice xyphoïde, avec irradiation dans le dos. Amaigrissement. Pas d'hématémèses.

A la palpation on sent de l'empâtement, une rénitence profonde au creux épigastrique, donnant l'idée d'une plaque profondément située.

Le 24 août 1893. — Petite hématémèse peu abondante couleur chocolat ; nouvelle hématémèse le 26 août veille de sa mort. Le 26 au soir, elle présente brusquement les symptômes d'une hémorragie interne. Mort le 27 août 1893 au matin.

Autopsie (Résumée).— Gros intestin refoulé en haut par l'estomac. Celui-ci est très distendu, divisé en deux poches. Au niveau de l'étranglement sur la petite courbure, on trouve une *plaque indurée*, d'aspect scléreux, large comme une pièce de cinq francs, faisant légèrement saillie. La cicatrice est adhérente au bord supérieur du pancréas au niveau de la tête. L'estomac incisé est rempli de caillots. On y trouve une grande ulcération ovalaire de 8 centi-

mètres de haut sur 4 centimètres de large. Le fond de cette ulcération est constitué par le pancréas : cet organe est *sclérosé* dans toute son étendue surtout au niveau de l'ulcération.

OBSERVATION III

Ancien ulcère rond pris pour un cancer.

(Emprunté à la thèse de M. le Dr Lorenzi. Paris. 1894-1895, page 37).

Le 12 janvier 1874 une femme de 63 ans entrant dans le service de M. Brouardel, salle Sainte-Madeleine, n° 22, à la Charité.

Cette femme vomissait des matières noires depuis quelque temps ; et un peu au-dessus de l'ombilic, on trouvait une tumeur dure, inégale, de la *grosseur d'un œuf de poule*, peu douloureuse à la pression. L'estomac était dilaté, la teinte de la peau cachectique à un haut degré, comparable au jaune paille des cancéreux.

Peu de temps après, les vomissements couleur de suie ou marc de café se reproduisaient plusieurs fois par jour. Le 21 juillet, la malade mourut.

A l'autopsie, qui fut pratiquée avec l'aide de M. Cornil, on trouva que l'extrémité pylorique de l'estomac était dure et formait tumeur. Les parties voisines, épiploon, colon transverse, y avaient contracté des adhérences intimes et présentaient des indurations assez étendues. En ouvrant l'estomac on trouva au pylore une ulcération longue de 4 centimètres environ, dirigée suivant le sens du canal pylorique. Cette ulcération était régulièrement déprimée en godets. La muqueuse s'arrêtait à sa limite ; le fond en était formé par des fibres transversales de l'estomac qui détrui-

tes elles-mêmes au niveau de la partie la plus profonde de l'ulcère, y laissaient voir les fibres musculaires longitudinales. Cette ulcération était unique. Autour d'elle les parois de l'estomac hypertrophiées, formaient une tumeur qui, à l'examen, à l'œil nu et au microscope, n'a présenté aucun des caractères du tissu cancéreux. Cette tumeur était dure, résistante; la surface de section lisse, brillante et la pression n'en exprimait aucun liquide.

OBSERVATION IV (résumée).

Ancien ulcère simple pris pour un cancer (Thèse de M. Lorenzi, Paris, 1894-1895), page 38.

X..., âgé de 58 ans, eut, il y a douze ans, en 1844, des vomissements, des coliques; une diarrhée abondante accompagnée de ténésme rectal. Cet état dura deux ans; puis la diarrhée fut remplacée par une constipation opiniâtre, mais la santé resta faible. Bientôt survint une hématemèse violente. Depuis cette époque vomissements fréquents après les repas contenant, tantôt des débris alimentaires seuls, tantôt mélangés avec du sang.

Après 10 ans d'une vie malade le malade très affaibli, entre à la Charité.

La maigreur est extrême; le teint est d'une pâleur jaunâtre. Appétit nul; les aliments sont rejetés. Selles rares. Douleurs vives à l'épigastre, augmentant après les repas. Les parois abdominales sont très déprimées et on sent par le toucher au niveau du pylore une tumeur molle, douloureuse à la pression et mal limitée.

Autopsie. — L'estomac montrait plusieurs ulcères: l'un en forme de croissant était situé près du pylore. Les bords sont *durs et saillants*. L'estomac a diminué de capacité. Les parois sont

épaissies dans toute leur étendue, mais l'hypertrophie est bien plus considérable au niveau du pylore, ce qui explique la tumeur sentie pendant la vie.

OBSERVATION V (résumée).

Publiée par le Dr Hare (*Path. Soc. Med. Transact.* t. IV).

Empruntée au mémoire de MM. Hanot et Gombault (*Archives de physiologie*, 1882, page 418).

La malade est âgée de 33 ans et n'a pas d'antécédents cancéreux dans sa famille. Ouvrière et obligée de manier le fer, elle avait l'habitude en travaillant de presser sur son fer avec la paroi abdominale de façon à produire plus de force.

Quatre à cinq ans avant d'entrer à l'hôpital, elle commença à ressentir des douleurs épigastriques, elle eut des vomissements de plus en plus fréquents et survenant à des heures variables, vomissements alimentaires, quand ils survenaient après le repas, glaireux, dans l'intervalle.

Un jour, étant en voiture, elle eut un vomissement et cela, douze mois avant l'examen. Elle ressentit une douleur si violente au creux épigastrique, un peu à gauche, qu'elle crut mourir.

Depuis cette époque palpitation et dyspnée.

Un jour par hasard en se palpant, elle sentit une tumeur dure semblant animée de battements. Depuis, cette tumeur persiste, mais elle s'est modifiée. Au début elle était globuleuse, très mobile et à ce point, que si la malade se plaçait sur le côté gauche la tumeur qui ne semblait pas plus grosse qu'un œuf glissait à droite. Puis elle se développa et se localisa si exactement à la région splénique, qu'on songea à un cancer de la rate après avoir éliminé le diagnostic de corps étranger de l'estomac.

Enfin la malade mourut et l'autopsie montra que la tumeur perçue au niveau de l'hypochondre gauche n'était autre que l'estomac très épaissi, diminué de volume. Les parois mesuraient entre $\frac{3}{4}$ de pouce et un pouce $\frac{1}{2}$. La cavité de l'estomac était diminuée au point de ne contenir que 4 à 5 onces de liquide. Nulle trace de cancer.

OBSERVATION VI (résumée).

Inédite, due à la bienveillance de M. le Dr Charrin.

Madame X... est âgée de 44 ans. Depuis deux ans elle a maigri considérablement, et présente une intolérance gastrique à peu près complète. A l'examen il est absolument impossible de trouver la moindre trace de tumeur; pas le moindre ganglion.

Soumise à l'examen des plus grandes célébrités médicales, le diagnostic reste indécis et penche plutôt vers une affection cancéreuse, sans doute, un de ces cancers latents déjà signalés. La malade meurt et l'autopsie est pratiquée sur la volonté expresse du mari.

On ne trouve pas la moindre apparence de cancer, mais l'atrophie de la muqueuse de l'estomac est absolue. Cet organe a disparu en tant *qu'organe physiologique*, toutes les glandes ont disparu.

OBSERVATION VII

Gastrite chronique prise pour un cancer.

Cliniques de Trousseau, Tome III, page 75.

Au commencement de 1856 un homme entra dans nos salles; il était âgé de 50 ans et nous disait que depuis quelque temps il

vomissait tous ses aliments. Il avait, affirmait-il, maigri de plus de quarante livres dans l'espace de trois mois; il se plaignait en outre d'une constipation opiniâtre. Ces troubles de la digestion et de la nutrition n'avaient jamais d'ailleurs été accompagnés de fièvre.

Dès notre première visite, nous fûmes frappé d'un fait qui tout de suite nous parut en désaccord avec l'idée d'une affection carcinomateuse de l'estomac, la première, je dois le dire, qui nous fût venue à l'esprit : son teint, en effet, avait conservé une remarquable fraîcheur.

Cependant, les vomissements étaient incessants. En dehors des repas, indépendamment des matières alimentaires, cet homme vomissait une grande quantité de liquide glaireux, analogue à celui que rendent avec les urines les individus affectés de catarrhe de la vessie.

De plus, ce liquide glaireux était quelquefois mélangé de matières noirâtres ressemblant à de la suie délayée, qui caractérisent habituellement les vomissements mélaniques du cancer de l'estomac.

En explorant avec la plus grande attention et à plusieurs reprises, presque tous les jours, la région épigastrique, je ne pouvais constater la présence d'aucune tumeur circonscrite.

Toutefois quand en ayant la main sur le creux de l'estomac, je commandais au malade de faire de grandes inspirations, je sentais sous mes doigts une espèce de frottement, qui me semblait produit par un estomac, dont les parois auraient été indurées.

Nonobstant l'absence d'une tumeur appréciable, mon diagnostic fut : carcinome de l'estomac. Cette induration, dont je ne pouvais douter, les vomissements incessants la présence de la matière noirâtre, mélanique, dans les liquides rejetés par la bouche après les repas et dans l'intervalle de ces repas, l'amaigrissement notable du malade, justifiaient ma manière de voir bien que la colo-

ation rosée des téguments fut essentiellement différente du teint cachectique, jaune paille des cancéreux.

Le mal fit de rapides progrès, l'émaciation devint d'autant plus considérable que le malheureux patient ne pouvait plus être alimenté et la mort ne tarda pas à arriver.

A l'ouverture du cadavre, notre attention se porta immédiatement sur l'estomac. Diminué de volume, il présentait à l'intérieur un aspect tout-à-fait semblable à celui d'une vessie longtemps affectée de catarrhe chronique.

Nous ne rencontrâmes aucune trace de tumeur, mais la membrane musculieuse légèrement hypertrophiée, se confondait avec la couche celluleuse à laquelle elle adhérait intimement au moyen d'un tissu fibro-plastique.

La membrane muqueuse paraissait détruite. En quelques points, la paroi de l'organe mesurait jusqu'à deux centimètres et demi d'épaisseur.

Examen histologique de la tumeur par Robin. Pas de tissu cancéreux.

OBSERVATION VIII (résumée).

In diagnostic du cancer de Rommelaere, page 75. Empruntée à la thèse de M. le D Deschamps (Paris, 1884-1885).

Ulcère de l'estomac considéré comme un cancer. Mort. Autopsie.

C... François, 60 ans, entré à l'hôpital Saint-Pierre, le 6 mars 1881. Il se plaint d'être souffrant depuis le mois de décembre 1880, et les premiers symptômes ressentis par lui, indiquent un dérangement de l'estomac.

A son entrée à l'hôpital, il a le teint cachectique ; vomissements alimentaires ; tumeur à l'épigastre, hématomés, mort.

Autopsie. — Estomac dilaté ; orifice pylorique rétréci ; l'estomac adhère au foie et à l'origine du colon transverse : à ce niveau, la paroi gastrique est épaissie au point d'atteindre deux centimètres. En avant du pylore, il existe une ulcération mesurant environ six centimètres sur cinq. En cet endroit, la paroi de l'estomac a complètement disparu et le fond de l'ulcération est formé par le tissu hépatique altéré, par l'épaississement de sa trame conjonctive et par l'atrophie de son parenchyme. Au niveau du pourtour de l'ulcère, la paroi gastrique atteint environ un centimètre d'épaisseur. Le fond de l'ulcération est grisâtre, à surface irrégulière, formé par le tissu hépatique.





II

Les malades présentent les symptômes du cancer de l'estomac d'une façon paraissant non moins évidente. Abandonnés comme tels ou soumis à une thérapeutique anodine, mais toujours rationnelle, ils guérissent spontanément ou par des remèdes, dont l'efficacité serait restée vaine en face d'un vrai cancer.

OBSERVATION IX (résumée).

Empruntée à la thèse de M. Deschamps. Paris, 1884-1885.

Ulcère de l'estomac se présentant avec les symptômes du cancer. Guérison.

(*In diagnostic du cancer de Rommelære*, p. 73).

M. de G..., âgé de 40 ans, souffre depuis deux ans. Hématémèses et signes dyspeptiques. Le malade est très affaibli, les digestions sont pénibles et déterminent souvent des vomiturations alimentaires ; constipation opiniâtre ; teint cachectique.

Le régime lacté amène une légère amélioration mais vers la fin de 1878, les hématémèses reparaissent très fréquentes.

Il y a en même temps des signes d'empâtement et d'induration au niveau du grand cul-de-sac.

Le malade est alors envoyé à Cannes. Sous l'influence du grand air et du soleil, il reprend ses forces ; le régime lacté est bien toléré. Il s'est rendu à Marienbad dans l'été de 1879, et s'en est bien trouvé. Depuis cette époque il n'a plus eu d'accidents. Le malade regagne en poids ; il n'a plus de vomissements ni de malaises.

OBSERVATION X

(In diagnostic du cancer de Rommelære, p. 79).

Empruntée à la thèse de M. Deschamps. Paris, 1884-1885.

B..., âgé de 41 ans, venu à la consultation le 11 avril 1881. Se plaint de malaises gastralgiques depuis 5 ans ; depuis quelques mois, les symptômes sont permanents, et consistent en inappétence, mauvaises digestions ; pas de nausées, ni de vomissements. Le malade est affaibli et amaigri ; le teint est cachectique, le moral déprimé. On sent un léger engorgement au niveau de la petite courbure.

Au premier abord on croit à une tumeur cancéreuse de l'estomac, puis on pense qu'elle siège dans le pancréas.

On prescrit au malade le régime lacté, l'emploi régulier de la poudre de réglisse composée et de préparations toniques.

Le 27 avril. — L'état du malade s'est aggravé, la faiblesse et l'amaigrissement sont extrêmes.

Vers le milieu de mai, les forces commencent à revenir et dans

le milieu de l'année 1882 l'état général et local du malade étaient très satisfaisants : il avait de l'appétit et de l'embonpoint.

OBSERVATION XI

I. — Tumeur de l'estomac prise pour un cancer et guéri en quelques mois.
Extrait de la thèse de M. Caillaud Paris 7 avril 1873.

Au mois de mars 1872, entrent dans le service de M. Empis (salle Sainte-Marthe, n° 23, à la Charité), la nommée P..., femme âgée de 37 ans, ménagère.

Depuis plus de deux ans, c'est-à-dire depuis le siège, elle éprouve des troubles dyspeptiques sérieux. Ils commencèrent par une diminution de l'appétit, par des régurgitations aigres, du pyrosis, toute chose dont cette femme s'inquiéta peu au début, les mettant sur le compte de la mauvaise nourriture, dont elle faisait usage.

Cependant, malgré un changement d'hygiène, son état ne se modifia point. Elle perdait ses forces, éprouvait un pénible sentiment de distension dans le creux de l'estomac ; cette douleur s'accroissait plus nettement après le repas, mais ne cessait point avec la digestion stomacale, elle se prolongeait au contraire un temps variable et lorsque, pendant la nuit, son intensité était assez grande pour réveiller la malade, le meilleur moyen de la faire disparaître consistait à avaler un verre d'eau. Ce moyen que l'expérience avait enseigné à la malade, était toujours suivi de succès. Depuis deux mois environ l'appétit était devenu capricieux ; tantôt prise d'une faim dévorante, elle mangeait indistinctement toute sorte d'aliments, tantôt au contraire elle passait des jours entiers avec un peu de lait ou de bouillon pour toute nourriture et malgré cela

c'était peut-être alors que la distension de l'estomac acquérait les proportions les plus grandes ou du moins que le sentiment d'embaras était le plus pénible. Dans ces derniers temps surtout l'amaigrissement avait fait de grands progrès.

Examen de la malade. — Amaigrissement général prononcé, langue sale recouverte d'un enduit grisâtre semblable à celui que l'on observe souvent dans la gastrique chronique. Le cœur et les poumons sont sains. Au niveau de la région épigastrique existe une vive sensibilité ; la plus légère pression est très difficilement supportée et instinctivement la malade fléchit le tronc en avant et contracte les muscles de la région antérieure de l'abdomen, ce qui rend l'exploration difficile. Cependant M. Empis constate d'abord une résistance douloureuse, puis il circonscrit vaguement une tumeur dont les limites sont peu précises. Les jours suivants la sensibilité ayant diminué, le chef de service n'hésite pas à diagnostiquer une dégénérescence squirrheuse des parois de l'estomac.

Chaque jour la malade éprouve, soit des nausées, soit des vomissements, tantôt glaireux, tantôt alimentaires. Voici quel est le traitement : vésicatoire sur la région épigastrique, emploi de cataplasmes de ciguë et de calomel. Pendant deux mois l'état de la femme ne s'est guère modifié, cependant la tolérance pour les aliments augmentait de jour en jour. On sentait encore de la résistance et même une tumeur au niveau de la région épigastrique.

Au mois de décembre 1872. — La femme P... quitte la Charité ; elle est complètement guérie ; elle n'a pas de nausées depuis plusieurs mois, son appétit et ses forces sont revenus ; elle ne conserve qu'un peu de sensibilité et de résistance dans la région épigastrique.

OBSERVATION XII

Tumeur de l'épigastre prise pour un cancer et ayant disparu en quelques mois.

Tirée de la thèse de M. Caillau.

Femme X..., entrée à la Pitié, salle Sainte-Geneviève, le 20 février 1872, sortie le 13 avril, âgée de 62 ans.

Sa santé avait été bonne jusqu'au commencement de 1872 : à cette époque, sans causes appréciables, elle perd son appétit, elle est prise de vomissements abondants et elle maigrit beaucoup.

Vers le 15 février elle est prise d'un ictère assez prononcé, c'est ce qui la décide à entrer à l'hôpital. Elle porte une tumeur située sur les limites de l'épigastre et de l'hypochondre droit ; cette tumeur est douloureuse, *de la grosseur d'un œuf de poule*, elle est animée de battements de transmission.

En même temps que l'ictère, est survenue une constipation opiniâtre ; c'est pour la première fois qu'apparaissent ces symptômes car jusqu'à cette époque les selles avaient été assez régulières.

L'amaigrissement considérable, les vomissements, le siège de la tumeur pouvaient faire penser à un cancer de l'estomac comprimant les voies biliaires et déterminant ainsi, soit par compression, soit par propagation des phénomènes d'ictère.

Cette hypothèse l'emporte pendant quelques jours ; mais la sensibilité de la région ne permettant point une exploration complète, M. Gallard songea à une tumeur stercorale et administra des purgatifs drastiques répétés pendant une huitaine de jours avec intervalles de repos.

La tumeur a disparu graduellement. Les vomissements s'arrêtent, l'appétit revient et la malade sort le 13 avril complètement guérie.

OBSERVATION XIII

Gastrite chronique prise pour un cancer.

Guérison.

(*Clinique de Trousseau. Tome III, page 77*).

Bien que moins prononcées, bien que moins avancées, les mêmes lésions se seraient évidemment représentées chez le malade qui quitte aujourd'hui l'hôpital et qui nous fournit l'occasion de cette conférence (Voir Observation VII).

Cet homme était entré ici il y a quatre à cinq mois. La maigreur considérable, la teinte jaune paille de sa peau, annonçaient un état cachectique profond. Il faisait remonter à six mois, au plus le début des accidents qu'il éprouvait. Il avait eu d'abord de la perte d'appétit et bientôt des vomissements qui depuis trois mois survenaient immédiatement après l'ingestion de la plus petite quantité de nourriture.

De la diarrhée s'y était ajoutée, alternant avec une constipation que rien ne pouvait vaincre.

La faiblesse générale, un amaigrissement notable, avaient été les conséquences de ces troubles de la digestion.

En cherchant à remonter aux causes du mal nous apprenions seulement que ce malade vivait dans des conditions hygiéniques les plus déplorables. Il exerçait la profession peu lucrative de marchand de cravates ambulant, et gagnait depuis longtemps à peine de quoi subvenir à son existence ; mal nourri, il était peut-être encore plus mal logé, mais il affirmait qu'il ne faisait jamais d'excès de liqueurs alcooliques.

Les vomissements étaient constitués surtout par des matières glaireuses, filantes gluantes, rejetées quelquefois en telle quantité que dans les vingt-quatre heures le crachoir était plein. En exa-

minant avec le plus grand soin la région épigastrique, nous ne constatons la présence d'aucune tumeur. Cependant l'excessive maigreur du malade, son teint cachectique, la perte d'appétit, les vomissements continuels sollicités par l'ingestion des aliments me firent inscrire sur la feuille de diagnostic : carcinome de l'estomac, tout en faisant mes réserves et en attendant le résultat du traitement que j'allais instituer et qui peut-être, modifierait ma manière de voir

Dès le principe, notre malade paraissait atteint de cancer de l'estomac. Ce diagnostic établi, entraînait l'aveu de mon impuissance et me condamnait à l'abstention absolue de toute médication sérieuse puisque l'expérience ne nous dit que trop combien nos efforts sont inutiles dans une maladie aussi incurable que celle-ci, combien même une intervention trop énergique est nuisible. Le seul espoir qui me restait était donc que je m'étais trompé. Aussi tout en gardant par devers moi l'idée d'un cancer de l'estomac, je cherchais dans les symptômes, dans la marche du mal, s'il n'y avait pas quelque chose à quoi je pusse me rattacher, si je ne trouverais pas les signes d'une affection susceptible de guérison, contre laquelle je pourrais instituer une utile médication.

Les phénomènes que j'observais me semblaient présenter une certaine analogie avec ceux que nous avions notés chez le malade dont je vous rappelais tout à l'heure l'histoire, je me demandais s'il ne s'agirait pas dans ce cas comme dans l'autre d'une gastrite chronique. Je me rattachais à cette possibilité et je dirigeais une thérapeutique dans ce sens.

Pendant six semaines à deux mois, je combinais ainsi tous mes moyens thérapeutiques, alternant l'opium avec les préparations alcalines, avec le nitrate d'argent et, sous l'influence de ce traitement, nous eûmes la satisfaction de voir survenir une amélioration

telle, que le malade peut aujourd'hui sortir de l'hôpital ayant recouvré son appétit, digérant bien, ayant repris un notable degré d'embonpoint, en un mot dans un état de santé relativement fort satisfaisant.

OBSERVATION XIV

Tumeur prise pour un cancer.

Guérison.

Rapportée par M. le professeur Terrier sur les notes du Dr Morillon de Craon). (Société anatomique, 16 mai 1894).

M. V. ., de constitution très robuste, âgé de 65 ans, fut atteint en janvier 1885 de troubles gastro-intestinaux graves. Au début ce furent de violentes crampes de l'estomac, avec hoquet très pénible et des éructations douloureuses, suivies d'efforts de vomissements. Les vomissements renfermaient des mucosités noirâtres, sanguinolentes parfois.

Il apparut aussi une diarrhée bilieuse avec méloëna. Inappétence.

Bientôt une tuméfaction douloureuse apparut d'abord sur le foie, puis à l'épigastre, empiétant sur la partie latérale de l'estomac et vers l'ombilic.

Les douleurs continues succédèrent aux crampes, le malade ne supportait que le lait glacé. Teinte subictérique des conjonctives, émaciation considérable.

Les troubles de la digestion parurent être intimement liés à l'apparition d'une induration limitée au voisinage du pylore, qui devint de plus en plus appréciable au palper.

C'est à cette période de la maladie, c'est-à-dire au mois de mars 1885, que je vis M. V... A cette époque les antécédents du malade, l'existence d'une tumeur dure siégeant à l'épigastre et ayant le volume d'une petite pomme, les accidents de vomissements noirâtres, l'émaciation extrême du sujet qui avait des ten-

dances syncopales, nous fit diagnostiquer une néoformation épithéliale du pylore avec un pronostic très grave et une issue fatale à brève échéance.

Comme le patient ne pouvait plus rien digérer, même le lait de chèvre, on lui conseilla d'utiliser le lait d'ânesse.

Quelques jours après cet essai, le lait parut mieux supporté et peu à peu, il se produisit une amélioration dans l'état général et dans l'état local. Si bien que trois mois après, c'est-à-dire le 12 juillet, je constatai chez M. V... une telle modification dans son état qu'il me parut être entré en pleine convalescence.

Toutefois celle-ci fut lente, souvent il se produisit des rechutes douloureuses, nécessitant l'emploi modéré de la morphine, et en 1886 on trouvait encore l'induration de la région pylorique, induration qui s'effaçait peu à peu.

Pendant longtemps le lait d'ânesse fut seul supporté ; puis on en vint aux potages, au lait de vache, aux œufs, voire même à la pulpe de viande, et cela pendant *plusieurs années*, et ce n'est guère que depuis trois ans que le malade a repris son régime ordinaire.

L'état général était redevenu excellent, si bien que malgré ses 74 ans M. V... a pu résister cet hiver à une broncho-pneumonie d'origine grippale.

OBSERVATION XV

Gastrite chronique. Sclérose infiltrée ayant simulé un cancer de l'estomac
(Inédite et due à la bienveillance de M. le Dr Charrin).

Madame F..., 54 ans, rentière.

Les antécédents de cette personne n'offrent d'intéressant que des manifestations arthritiques : Eczéma chez la mère. Eczéma chez elle à 32 ou 33 ans. Migraines de 40 à 45 ans.

Cette malade souffre de l'estomac depuis deux ans ; elle a perdu 7 kilogs.

Les troubles qu'elle présente sont les suivants : digestions lentes, pénibles, gaz, tympanisme, renvois, vomissements. Ces derniers à deux reprises différentes contenaient du sang noir. Anorexie, dégoût des aliments et surtout plus prononcés pour la viande, constipation opiniâtre. Teint jaune paille. Douleur modérée à l'épigastre.

Les téguments sont lâches, dépourvus d'électricité. On saisit l'estomac entre les doigts et l'on a la sensation d'un épaissement général. Pas de saillies nodulaires. Pas de ganglions. Les autres viscères (foie, pancréas, rate, cœur, poumon, plèvre, etc.) sont sains.

En juin 1885 cette malade a été examinée par plusieurs célébrités médicales de Lyon d'abord, puis de Paris.

Partout on a porté le diagnostic du cancer de l'estomac, à forme de squirrhe infiltré.

En juillet 1885 survient une complication qui ne paraît pas devoir laisser de doute sur l'exactitude du diagnostic : une *phlegmatia alba dolens* se déclare dans le membre inférieur droit.

En août : nouvelle consultation à Paris à la suite de laquelle on donne le traitement suivant :

Tisanes de céréales, orge, maïs, son, avoine. Régime lacté, pâtes, gelées raisin, fruits cuits. Strychnine, arseniate de soude. Enfin acide chlorhydrique après les repas à la dose de quatre cuillerées à café de la solution à 3 o/o.

Antisepsie gastro-intestinale. Lavements purgatifs. Aération. Repos.

A la suite de cette médication, il survient une amélioration lente mais progressive. Puis peu à peu le régime est modifié : jaunes d'œufs, purées, crèmes, compote, etc.

L'appétit revient, la malade engraisse, on saisit de moins en moins facilement l'estomac.

En 1889, la malade sans être très forte vague à toutes ses occupations.

En 1892. — Elle est encore vivante et en bon état. Depuis la malade a été perdue de vue.

OBSERVATION. XVI

Induration pylorique non cancéreuse, M. Rendu, *Gazette des hôpitaux*.
Paris 1889, page 1138.

Je vous citerai à ce propos l'observation d'une femme du monde actuellement âgée de 82 ou 83 ans, que j'ai vue pour la première fois il y a neuf ou dix ans avec M. Potain et chez laquelle le diagnostic avait été : cancer du pylore. Cette malade qui avait des vomissements très fréquents fut mise au régime lacté; elle s'en trouva fort bien et recouvra peu à peu l'intégrité de ses fonctions digestives actuelles. Quant à son prétendu cancer du pylore, il n'était autre qu'une induration scléreuse du pylore, en rapport avec une artério-sclérose généralisée dont elle a donné maintes preuves depuis quelques années.

OBSERVATION XVII (résumée).

Par M. Muselier, médecin des hôpitaux. *France Médicale*, 1887, page 1775.

Il s'agit d'une dame actuellement âgée d'une soixantaine d'années. Il y a six ans environ, je fus appelé chez cette dame qui se

plaignait de troubles gastriques ayant débutés quelques mois auparavant et qui avaient été en s'aggravant. Ces troubles étaient caractérisés par une douleur assez vive au niveau de la région stomacale, douleur augmentée par l'ingestion des aliments et offrant par conséquent une exacerbation manifeste à la suite des repas. La malade éprouvait également de l'anorexie et même un certain dégoût pour la nourriture et principalement pour la viande. On nota en même temps un certain degré d'amaigrissement. Ces différents symptômes étaient déjà assez prononcés au moment de ma première visite, je fus donc amené à soupçonner l'existence d'un cancer de l'estomac sans pouvoir affirmer ce diagnostic, il est vrai, par suite de l'absence de deux phénomènes qui autorisent habituellement cette affirmation, savoir le vomissement noir et l'existence d'une tumeur épigastrique.

Ce dernier phénomène, dont la valeur séméiologique est bien supérieure à celle des vomissements, ne devait pas tarder à apparaître, ainsi que le démontra l'examen ultérieur. Après quelques semaines et malgré une amélioration apparente par le régime lacté, nous reconnûmes en effet et au niveau de la région épigastrique l'existence d'une induration, d'abord profondément située, mais assez nettement limitée, arrondie, assez douloureuse à la pression. Cette constatation, rapprochée des autres symptômes, nous imposait pour ainsi dire le diagnostic de cancer. Cette opinion fut partagée par le professeur B... qui appelé en consultation crut devoir poser un pronostic conforme.

La suite démontra que cette opinion était erronée car, au bout de quelques semaines, pendant lesquelles, il est vrai, la malade avait suivi assez ponctuellement l'emploi du régime lacté, la plupart de ces manifestations morbides, disparurent. Le premier fait que nous pûmes constater, fut la diminution chaque jour plus marquée, puis, finalement la disparition complète de la tumeur épigastrique dont il ne restait plus traces après ce laps de temps.

L'état général se releva parallèlement à cette amélioration locale.

Les choses durèrent ainsi pendant une période de six années environ. Il y a un an Mlle X..., nous a consulté de nouveau accusant les mêmes symptômes que la première fois. Derechef, nous avons constaté chez elle la présence d'une tumeur épigastrique en tout semblable par la localisation, la forme, le volume à celle dont nous avons reconnu l'existence, lors de la première atteinte du mal.

Même traitement, même résultat. Nous avons vu la même amélioration survenir et nous avons pu constater comme la première fois, et suivre pour ainsi dire jour par jour, la disparition progressive de la tumeur épigastrique, dont l'existence pour un médecin non prévenu, eût motivé et presque imposé le diagnostic d'affection cancéreuse.

Un pareil diagnostic étant reconnu définitivement inadmissible, en raison de cette marche spéciale de la maladie constatée deux fois de suite, quelle explication peut-on donner de ce fait ? Il n'y en a qu'une seule à notre avis, c'est celle qui attribue tous les accidents à l'existence d'un ulcère simple stomacal ayant déterminé par son siège superficiel, par sa proximité de la grande séreuse abdominale, une inflammation partielle de cette séreuse, une véritable péritonite circonscrite, assez localisée pour simuler un néoplasme dont elle offrait les caractères cliniques.





III

Les malades présentent des symptômes manifestes de cancer de l'estomac. On se décide pour une intervention plutôt palliative que curative, laparotomie. Pas de cancer. Guérison dans la plupart des cas. Un cas de mort par accident opératoire.

OBSERVATION XVIII

Dyspepsie. Tumeur par Lenbe. In *Deutsches Arch. für Klinische et Medicin*
20 mars 1887.

Empruntée à la thèse de M. le Dr Deschamps. Paris, 1884-1885.

G. R..., 36 ans, économe. A 18 ans, sensation de brûlure, d'oppression, de nausées; vomissements. Ces symptômes se répètent par crises à de longs intervalles et dans les dernières années sont devenues plus fréquentes et plus opiniâtres. Depuis deux mois le malade, indépendamment des troubles stomacaux ci-dessus, a des rejets fétides et des vomissements dans lesquels on

trouve plusieurs fois un peu de sang coagulé. En même temps il a une sensation de plénitude à l'épigastre et de douleur en un point circonscrit de l'estomac.

L'amaigrissement et l'abattement sont très prononcés.

A la palpation on trouve une *tumeur dure, petite, de la grosseur d'une noix, bosselée*, douloureuse à la pression; l'estomac est dilaté jusqu'à trois et quatre travers de doigt au-dessous de l'ombilic. Le pouvoir digestif est très diminué comme le lavage le montre; chaque fois on trouve dans le liquide une quantité considérable d'acide libre.

La tumeur est facile à sentir à tous les moments de la digestion, paraît peu mobile, n'est pas plus douloureuse.

On songe à l'excision de la tumeur et le malade, après huit jours de séjour à la Clinique, sort pour mettre ordre à ses affaires et revient cinq jours après se soumettre à l'opération.

La nutrition et l'état des forces ont encore empiré et les troubles stomacaux n'ont pas diminué.

Mais maintenant sous l'influence du chloroforme, dans le but de l'examen plus complet et au besoin de permettre l'opération, on ne trouve absolument rien à la palpation. L'opération en est restée là.

Grâce au laitage et au régime, l'état du malade va en s'améliorant depuis un mois. L'issue de ce cas nous échappe. Je dois dire cependant que ce malade est encore vivant. Il souffre encore de sa dilatation et pourtant se trouve bien mieux. Il se présente de temps en temps au médecin et sa tumeur n'a jamais reparu.

OBSERVATION XIX

Néoplasme inflammatoire de la petite courbure de l'estomac, adhérent au lobe gauche du foie et à la paroi abdominale antérieure, pris pour un carcinome.

Laparotomie exploratrice palliative. Guérison opératoire puis guérison définitive de la malade.

(Professeur Terrier, société de chirurgie, 16 mai 1894).

R... (Zoé), blanchisseuse, 62 ans, entre dans mon service de Bichat le 20 février 1893 pour y être traitée de troubles gastriques, qu'on suppose être dus à une néoformation stomacale.

Depuis cinq mois, la malade ressent au niveau de l'épigastre une sorte de tension plutôt que de la douleur véritable. Les digestions sont un peu pénibles, toutefois l'appétit est un peu conservé et il n'y a pas de vomissements ; cependant depuis quelque temps la malade maigrit et s'affaiblit.

Elle aurait rendu du sang noirâtre mêlé aux selles. Cette femme est bossue et rachitique, son état général paraît médiocre, elle est très amaigrie et faible. Son poids est de 40 kilos (27 fév. 1893). Les urines rares (850 gr. en 24 h.) renferment 14 gr. 28 d'urée.

Par le palper abdominal on perçoit immédiatement au-dessous du rebord costal gauche, un peu à gauche de l'épigastre une tumeur dure, arrondie, étalée *du volume d'un gros œuf* et qui semble légèrement mobile. L'exploration de cette tumeur ne détermine que fort peu de douleur.

L'estomac ne paraît pas très dilaté, il n'est pas douloureux à la palpation.

S'appuyant sur l'âge de la malade, sur l'existence de quelques troubles gastriques, sur l'amaigrissement notable avec diminution

des forces, enfin tenant compte surtout de la tumeur épigastrique, on formule le diagnostic de néoplasme stomacal occupant probablement la face antérieure ou la petite courbure de l'organe, d'où absence de vomissement et la conservation relative de l'appétit.

La laparotomie est décidée.

Opération le 11 mars 1893 avec l'aide de mon collègue et assistant le D^r H. Hartmann.

Incision médiane sus-ombilicale ouvrant l'abdomen, immédiatement à gauche du ligament suspenseur du foie ; cet organe occupe la partie supérieure de l'incision abdominale. Il adhère ainsi que l'estomac à la face profonde de la paroi abdominale antérieure, à gauche de l'incision. Après décollement de ces adhérences avec le doigt, on peut amener dans la plaie l'estomac dilaté et qui, au voisinage de la petite courbure, est fusionné avec le lobe gauche du foie. En ce point la paroi stomacale est manifestement infiltrée par un néoplasme. A l'aide du bistouri, on sectionne un tissu dur, grisâtre, non vasculaire, qui s'étend d'un point de la petite courbure peu éloignée du cardia, au bord du lobe gauche du foie et à la paroi abdominale antérieure où les adhérences étaient déjà détruites avec le doigt. La surface de section ainsi faite a environ les dimensions d'un pouce d'adulte.

Comme on constate l'existence de ganglions le long de la grande courbure, ganglions ayant les dimensions d'une noisette, on s'entient à cette libération de l'estomac et on ferme l'abdomen par une suture à trois étages : suture au fil de soie pour le péritoine et les aponévroses, suture au crin de Florence pour les téguments.

Toutefois, avant de refermer l'abdomen et après libération du foie, je sectionnai sur la partie de la néoformation en continuité avec l'estomac une petite tranche de tissu pour le faire examiner histologiquement.

Les suites opératoires furent des plus simples, le maximum de

la température fut 37°,3. L'ablation des fils à suture cutanée (crin de Florence) fut faite le neuvième jour.

Au troisième pansement, c'est-à-dire le vingtième jour environ tout était absolument terminé.

La malade sortit de l'hôpital le quarante-huitième jour.

Lors de sa sortie, elle souffrait encore au niveau de l'hypochondre gauche, et ces douleurs ont persisté, dit-elle, près de six mois. Ces douleurs apparaissaient vers onze heures du matin et cessaient le soir, en même temps que se produisaient des vomissements aqueux. Appétit toujours diminué avec dégoût du vin et de la viande.

Puis peu à peu ces accidents disparurent, et actuellement (3 mars 1894) la malade ne souffre plus, mange et digère bien, et sauf quelques troubles intestinaux de diarrhée, elle se porte bien et pèse 45 kilogrammes.

La cicatrice, longue de 8 centimètres, s'étend de l'appendice xyphoïde à l'ombilic, à son niveau on ne constate ni éventration, ni induration, pas de douleurs abdominales, pas de tuméfaction profonde appréciable.

OBSERVATION XX

M. Richelot, *Bulletin de la Société Anatomique* (23 mai 1894).

En juillet 1887, M. Rigal envoyait à Bichat un homme de 59 ans qui semblait atteint de sténose pylorique. L'histoire de ce malade était curieuse; franchement hystérique, il avait une hémianesthésie complète du côté gauche et depuis cinq ans à la suite de l'absorption d'un verre de pétrole (?) des vomissements à peu près continuels. Douleurs légères, émaciation considérable, traitements variés et impuissants dans plusieurs services de médecine

(Potain, Rigal-Peter). Il n'avait jamais eu ni d'hématémèses, ni de melœna; cependant M. Rigal lui attribuait un cancer de la région pylorique ou tout au moins un rétrécissement.

Je l'opérai le 26 août et par une incision épigastrique, je tombai sur un estomac parfaitement sain dont le pylore était souple et normal et que je replaçai dans l'abdomen, mais après l'avoir bien examiné. L'influence de cette intervention fut extraordinaire; les vomissements disparurent absolument, la sensibilité revint dans tout le côté gauche, le régime lacté fut bien toléré et le malade gardé en observation jusqu'au 1^{er} novembre, sortit de l'hôpital en parfait état.

OBSERVATION XXI

Ulcère de l'estomac pris pour un cancer et guéri par le chlorate de soude.
Retour des accidents. Dilatation stomacale, troubles digestifs graves.
Gastro-entérostomie. Mort. Un éperon s'est formé sur l'intestin et a empêché le passage des aliments. Dilatation considérable du duodénum, (par le D^r Chaput, chirurgien des hôpitaux).

Charles R..., âgé de 49 ans, ne présente pas d'antécédents héréditaires; son père et sa mère sont en bonne santé; une sœur est bien portante.

Il a eu la variole à 5 ans; une fluxion de poitrine à 16 ans.

Son affection stomacale a débuté en 1875 et a duré six mois; au bout de ce temps, il a eu une rémission qui a duré jusqu'en 1890. Les accidents ont alors reparu sans discontinuité jusqu'à l'heure actuelle.

Le début a été caractérisé par des douleurs, siégeant à la région épigastrique et dans le dos, surtout à l'épaule droite. Ces

douleurs étaient très violentes et continuelles. Elles survenaient après ou pendant le repas, quelquefois aussi pendant la nuit.

Le malade avait des vomissements, environ une ou deux heures après les repas ; les vomissements étaient alimentaires et aqueux, mais les aliments n'étaient point modifiés. Le malade ne se souvient pas d'avoir eu des vomissements noirâtres.

Les selles étaient irrégulières, avec une forte constipation ; elles étaient espacées tous les quatre à cinq jours, en forme de boules, mais jamais noirâtres comme les méloena.

Il existait aussi tout un ensemble de troubles simplement dyspeptiques ; après les repas survenaient des tiraillements d'estomac, des éructations gazeuses, tantôt acides, tantôt rappelant l'odeur d'œufs pourris, il y avait aussi un ballonnement considérable de l'estomac. Néanmoins l'appétit était conservé et il n'y avait aucun dégoût de la viande ou des aliments gras.

L'amaigrissement faisait de rapides progrès ; le malade s'affaiblissait et prenait une teinte jaune-paille très apparente sur la peau et sur la conjonctive.

Cette première période dura six mois, pendant lesquels le malade fut soigné en province ; puis, il y eut une rémission progressive des symptômes qui s'atténuèrent jusqu'en 1890.

La rechute fut signalée par l'apparition des douleurs épigastriques et à l'épaule produisant la sensation d'embrochement ; les vomissements étaient plus fréquents qu'au début, mais toujours uniquement alimentaires sans coloration noirâtre. La constipation était aussi rebelle ; les éructations plus fortes et plus fréquentes. La teinte jaune apparut de nouveau.

De 134 livres, le poids du malade tomba à 104. Il survint de l'œdème aux pieds et aux jambes, surtout le soir, quand le malade était fatigué. Jamais de fièvre. L'appétit était cependant conservé, même pour les graisses et la viande.

Il entre à Saint-Antoine le 18 novembre 1892.

On constata les symptômes précédents et en plus une tumeur épigastrique avec ascite pour laquelle on fit une ponction qui retira six litres et demi de liquide. M. Brissaud porta alors le diagnostic de cancer stomacal, soumit le malade au traitement par le chlorate de soude ; l'amélioration fut telle, que l'observation fut publiée comme un exemple de guérison de cancer de l'estomac par le chlorate de soude. Plusieurs mois après M. Delpuech ayant été appelé à diriger le service de Saint-Antoine, fit faire l'examen du suc gastrique ; on trouva de l'hyperchlorhydrie et on posa le diagnostic d'ulcère de l'estomac.

Depuis ce moment le malade traversa des alternatives de mieux et de pire ; il finit par entrer à la Salpêtrière, le 3 décembre 1894.

A l'entrée le malade accusait les symptômes suivants : douleurs très violentes et continues à l'épigastre et dans l'épaule droite. Pour les atténuer le malade est obligé de se courber dans le décubitus latéral.

Les vomissements sont plus fréquents (7 à 8 par jour) ; ils surviennent indifféremment à toute heure de la journée. Les aliments sont rendus intacts et sans coloration noirâtre. Constipation. L'œdème et la teinte jaune ont disparu, mais la peau est pâle et un peu bouffie. Les renvois sont plus fréquents et les phénomènes dyspeptiques plus accusés, le sommeil mauvais.

L'appétit est conservé, il n'y a pas de fièvre. Le malade a un aspect cachectique assez prononcé ; la faiblesse est très grande, le poids du malade est de 112 livres.

L'estomac est ballonné, très distendu par le gaz. Il est le siège d'un tympanisme qui s'étend jusqu'au-dessous de l'ombilic. La percussion est très douloureuse. On obtient facilement le clapotement.

Au-dessus de l'ombilic on constate la présence d'une tumeur large comme la main, mal limitée, diffuse, non mobile, sonore à la pression, et qui paraît siéger dans la paroi stomacale postérieure.

Le foie est gros et déborde les fausses côtes de deux travers de doigt.

L'appareil pulmonaire est intact, pas d'antécédents bacillaires.

L'examen du cœur ne dénote pas de lésions valvulaires; le premier bruit a un timbre métallique.

Un peu d'athérome des vaisseaux. La radiale est dure et forme un cordon rigide et peu élastique sous le doigt; elle n'est pas sinueuse.

Le pouls est fort et vibrant.

Dans les urines, léger trouble albumineux. Opération le 5 décembre avec le concours de M. Angelesco interne et de MM. Thorp et Truelle externe, en présence de M. Finet interne des hôpitaux et du D^r Collin.

Anesthésie par l'éther. Laparotomie médiane.

Je constate immédiatement que tout le bord supérieur de l'estomac est fixé au foie par de fortes adhérences. Une énorme tumeur paraît siéger dans la paroi stomacale postérieure.

J'effondre le grand épiploon entre l'estomac et le côlon transverse; même manœuvre sur le mésocôlon transverse.

Je cherche, je trouve et j'attire en haut la première anse jéjunale.

J'incise l'intestin entre deux compressions et j'en fais l'hémotose avec mes pinces en cœur; même manœuvre sur l'estomac qui est ouvert au niveau de sa face postérieure. Cet organe est vidé à l'aide d'une grosse seringue de Guyon munie d'un gros tube de caoutchouc. Il contenait deux ou trois litres d'un liquide noir, contenant en suspension des grains analogues à du marc de café.

J'essaie d'abord de placer un bouton analogue à celui de Murphy, mais cet instrument présentant quelques défauts de construction, j'y renonce et j'exécute simplement la gastro-entérostomie avec un double étage de suture (un étage séro-séreux et un étage

perforant muco-muqueux). L'orifice mesure 4 à 5 centimètres de longueur environ.

J'entoure ensuite les sutures d'un collier de gaze iodoformée, et enfin je fixe par des sutures les fragments d'épiploon adhérents à l'estomac, je fixe, dis-je, ces fragments à l'intestin grêle.

Explorant de nouveau par le palper l'estomac, je cherche à me mieux rendre compte de la tuméfaction perçue au début de l'opération : je constate l'existence d'une masse énorme du volume des deux poings environ, siégeant à la paroi postérieure de l'estomac. Pour avoir un diagnostic exact, je fais à la paroi stomacale antérieure une incision de trois centimètres environ par laquelle j'introduis le doigt dans l'estomac. Je trouve alors que la paroi stomacale postérieure est soulevée par une masse énorme située au devant de la colonne. Je trouve aussi un orifice du diamètre d'une pièce de cinq francs qui conduit dans une cavité ayant à peu près les dimensions d'une mandarine, cavité qui paraît creusée dans l'épaisseur du pancréas. L'orifice pylorique siège à la partie la plus élevée de l'estomac, il regarde directement en arrière ; il admet à peine l'index et est limité par une sorte de diaphragme d'instrument d'optique.

L'incision stomacale est fermée par un triple étages de sutures.

L'opération ayant duré très longtemps, je ne jugeai pas à propos de faire une jéuno-jéjunostomie avec ligature à la gaze iodoformée sur le bout supérieur entre les deux anastomoses (gastriques et jéuno-jéjunale).

Suture de la paroi abdominale à trois étages. Les deux premiers jours le malade alla fort bien. Le 7 décembre il présenta des vomissements noirâtres non bilieux ; je supprimai toute alimentation buccale et j'ordonnai pour chaque jour trois lavements d'eau bouillie.

Le malade mourut le 8 décembre au matin.

Je pratiquai moi-même l'autopsie dont j'ai présenté les pièces

à la Société. L'estomac considérablement distendu par les gaz descendait jusqu'au pubis. Le péritoine était parfaitement normal, sans la moindre trace d'injection ni d'épanchement.

Je constate alors que les deux bouts d'intestin au niveau de l'anastomose sont accolés en canon de fusil sur une hauteur de 3 à 5 centimètres. En examinant les choses par l'intérieur de l'estomac, je constate l'existence d'un éperon sur l'intestin séparant les orifices des bouts supérieur et inférieur.

L'orifice du bout supérieur est plus large que l'autre, et le bout supérieur ainsi que le duodénum sont très dilatés (diamètre de 6 centimètres environ).

Les sutures sont en bon état, parfaitement suffisantes.

Je constate à nouveau l'état du pylore, la perforation stomacale et l'abcès situé dans l'épaisseur du pancréas.

OBSERVATION XXII

Enorme adénome pédiculé de la paroi postérieure de l'estomac. Ablation de la tumeur et résection partielle de la paroi postérieure de l'estomac. Guérison. Examen histologique de la tumeur.

(Par le Dr Chaput, Société Anatomique, juin 1865).

Le 4 avril 1894, entre à la Salpêtrière un malade de 64 ans, profondément cachectique. Cet homme ne présente pas d'antécédents héréditaires importants. A 14 ans, il a eu une ostéomyélite du tibia droit qui a laissé subsister jusqu'à l'heure actuelle une fistule purulente.

Le malade fait remonter à neuf mois le début de sa maladie actuelle. Il a eu d'abord de mauvaises digestions, des coliques, des gargouillements après les repas. Il y a trois mois, il a vomit deux

jours de suite des matières noirâtres ressemblant à du goudron. Depuis cette époque il éprouve une douleur sourde à l'épigastre, il a perdu l'appétit et quand il mange du pain ou de la viande il vomit le plus souvent. Il s'est aperçu depuis trois mois de l'apparition d'une tumeur épigastrique.

Il a beaucoup maigri depuis le début de ces accidents dyspeptiques et pèse 52 kilog.

A l'entrée, le malade est maigre, jaune et cachectique. On constate à l'épigastre la présence d'une tumeur volumineuse perceptible à la palpation. Elle est limitée en haut par le rebord des fausses côtes gauche et une ligne horizontale passait à cinq travers de doigt au-dessus de l'ombilic, en bas par une autre ligne horizontale passant par l'ombilic ; la tumeur empiète d'un travers de doigt à droite de la ligne médiane.

La tumeur présente une consistance dure, non fluctuante, elle est sonore à la percussion, elle est mobile, transversalement moins dans le sens vertical.

Elle est douloureuse spontanément et à la pression.

Quand on fait contracter les muscles de l'abdomen, la tumeur disparaît derrière le rideau musculaire.

On ne trouve pas de signes de dilatation stomacale, ni tympanisme, ni gargouillement.

Pas de ganglions sus-claviculaires, ni dans d'autres régions.

Le lavage de l'estomac et l'examen du suc gastrique n'ont pas été faits pour ne pas fatiguer le malade. En présence de ces symptômes : troubles digestifs, vomissements sanglants, cachexie et tumeur, je porte le diagnostic du cancer stomacal.

J'hésitai d'abord à intervenir à cause de l'état de cachexie du malade, puis je me décidai en me basant sur cette considération que le pylore était vraisemblablement intact, puisque l'estomac n'était pas dilaté ; que la tumeur siégeait très probablement sur

une des faces de l'organe et que son ablation serait beaucoup moins compliquée que celle du pylore cancéreux.

L'opération fut pratiquée le 10 avril 1894 avec le concours de M. Lenoble, interne du service.

Depuis plusieurs jours, le malade avait été mis au lait; il n'avait rien pris depuis la veille au soir à cinq heures.

On donne un lavement le matin de l'opération.

Je fais d'abord la laparotomie médiane sus-ombilicale. J'amène ensuite au dehors l'estomac dont la paroi antérieure est saine et glisse à la surface d'une tumeur située plus profondément. J'incise cette paroi antérieure sur une longueur de 12 centimètres à égale distance entre la grande et la petite courbure. L'hémostase temporaire des lèvres est faite à l'aide de pinces en cœur et en T à pression douce.

La tumeur intra-stomacale apparaît alors avec un aspect lobulé et une surface non ulcérée, mais recouverte de mucus blanchâtre.

Lavage à l'eau bouillie de la cavité stomacale. Je constate que la tumeur est implantée sur la paroi postérieure de l'estomac par un pédicule court et mince, mais dont la ligne d'insertion sur la paroi stomacale mesure environ 8 centimètres.

Le pédicule est saisi avec des pinces à longs mors qui empiètent de plusieurs centimètres sur la paroi saine voisine; il est coupé au ciseau.

En enlevant les pinces on constate que le péritoine n'a été ouvert que dans la moitié gauche de l'incision, dans la moitié droite la muqueuse seule a été excisée.

Au niveau de la brèche péritonéale, je place un étage de sutures séro-séreux puis un étage muco-muqueux, cette dernière suture, faite avec un fil continu, se prolonge sur la région où le péritoine n'a pas été ouvert.

Le ventre est ensuite refermé.

Le malade fut mis au régime suivant : le premier jour, pas d'alimentation buccale, deux lavements alimentaires.

Les deuxième, troisième et quatrième jours, trois lavements alimentaires et cinq verres de lait par 24 heures.

Du cinquième au dixième jour, dix verres de lait par 24 heures.

A partir du quinzième jour, alimentation solide progressive.

Après deux semaines d'alimentation solide le malade avait augmenté de 6 kilogrammes ; le 28 juin 1894 il pesait 64 kilogrammes.

Je l'ai revu en mai 1895 ; son état est florissant et il a engraisé de 18 kilogs.

Examen des pièces :

La tumeur est très volumineuse, elle présente à peu près le volume d'une tête de fœtus à terme ; elle est un peu aplatie ; son aspect est lobulé, sa surface n'est pas ulcérée mais recouverte de mucus blanchâtre.

Examen histologique. — Les coupes ont été faites par M. Ségall, élève du laboratoire de M. Cornil.

Nous examinerons : 1° La tumeur elle-même ; 2° La surface libre ; 3° La région du pédicule.

1° *Tumeur.* — La tumeur est parsemée de cavités glandulaires à épithélium cylindrique simple ne présentant plus les caractères des cellules à pepsine.

Dans les cavités, on trouve par place du sang pur ; ailleurs des globules rouges anciens englobés dans de la fibrine avec de nombreuses cellules embryonnaires. Le tissu interstitiel est œdématié avec des fibres conjonctives épaisses et se colorant mal ; des cellules conjonctives peu nombreuses parsèment le tissu.

Certains tubes glandulaires sont énormes, d'autres peu dilatés sont quatre à cinq fois plus volumineux que les glandes stomacales normales.

2° *Surface libre de la tumeur.* — La tumeur présente à sa surface une couche limitante, une sorte de coque dure, résistante, formée de tissu conjonctif dense, avec cellules embryonnaires disséminées et peu nombreuses. On ne trouve pas de revêtement épithélial à la surface de cette coque ; elle n'est pas non plus traversée par les embouchures des tubes sous-jacents.

Ménétrier, dans son mémoire sur les adénomes de l'estomac, a signalé l'oblitération de la région superficielle des tubes glandulaires ; il est probable que le même phénomène s'est produit ici.

D'ailleurs en un point de la préparation, on aperçoit des tubes glandulaires presque entièrement disparus, mais dont on voit encore les contours.

On trouve sous la couche limitante des tubes glandulaires assez réguliers, cylindriques, rarement bifurqués, peu augmentés de volume, différant peu des tubes normaux si ce n'est par leur longueur et leur diamètre plus considérables et par leur épithélium qui ne ressemble en rien à celui des glandes à pepsine.

3° *Région du pédicule.* — La couche des cavités glandulaires est limitée du côté du pédicule par une ligne assez régulière.

En dehors de cette couche glandulaire, on trouve des couches musculaires très épaisses, les unes longitudinales, les autres circulaires, séparées par du tissu conjonctif épais et dense.

Plus près de la couche glandulaire, on trouve quelques faisceaux musculaires qui représentent peut-être la *muscularis mucosæ* très hypertrophiée. Dans l'intervalle des faisceaux musculaires existe un tissu fibreux épais et dense avec de gros vaisseaux.

La structure de cette tumeur, jointe à l'existence du pédicule et à l'absence d'ulcérations, permet d'affirmer qu'il ne s'agit pas d'un cancer mais bien d'un adénome. M. le professeur Cornil qui a bien voulu examiner les préparations, affirme que le diagnostic d'adénome ne fait aucun doute.



CONCLUSIONS

1° La sclérose sous-muqueuse hypertrophique n'est pas la seule affection pouvant simuler le cancer de l'estomac ; il existe des faux-cancers de cet organe.

2° Cette appellation, il faut le reconnaître, ne répond à rien de vraiment scientifique, puisqu'elle englobe tout un groupe encore incomplètement limité d'affections hétérogènes pouvant revêtir l'aspect du cancer (Gastrite chronique, ulcère simple, adénome, etc.).

3° Il serait à désirer que de nouvelles recherches fussent faites en ce sens, de façon à assigner à chacun des faits signalés, des caractères permettant de les différencier du cancer vrai.

4° Quoiqu'il en soit, l'existence de ces faits étant désormais acquise, et devant la difficulté parfois insurmontable d'arriver à un diagnostic précis, on devra se conduire en pareil cas, comme s'il s'agissait toujours de faux-cancers.

5° On mettra donc en œuvre toutes les médica-

tions rationnelles connues aujourd'hui, sans négliger les différents régimes alimentaires. Le chlorate de soude rendra parfois de réels services.

6° Le traitement médical ne répondant pas à ce qu'on pouvait espérer, on n'attendra point que le malade arrivé à la période ultime de la cachexie, soit incapable de supporter tout traumatisme, pour proposer une exploration chirurgicale.

Vu par le Président de la thèse,

LABOUEBÈNE.

Vu par le Doyen,

BROUARDÉL.

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,

GRÉARD.





BIBLIOGRAPHIE

TEXTE

- ANDRAL. — Précis d'anatomie pathologique, tome I, page 47.
- BOUCHARD. — Phlébite de la dilatation d'estomac. Bulletin de la Société médicale des hôpitaux, 13 juin 1884.
- BRISSAUD. — Communication au Congrès de Besançon, août 1893. In thèse de Lebel (cancer de l'estomac, etc. Paris 1893-1894) pages 20 et suivantes.
- CHESNEL. — Cancer latent (thèse de Paris, 1877), page 13.
- DUJARDIN-BEAUMETZ. — Cliniques de thérapeutique, 6^e édition, page 468.
- HANOT et GOMBAULT. — Sclérose sous-muqueuse hypertrophique. Archives de physiologie, 1882, tome I, pages 412 et suivantes.
- LEBELLE. — Cancer de l'estomac, traitement par le chlorate de soude. Thèse de Paris 1893-1894, pages 20 et suivantes.
- LORENZI. — Difficulté du diagnostic différentiel entre l'ulcère simple et le cancer de l'estomac. Thèse de Paris, 1895, page 140.

G. LYCN. — Diagnostic du cancer de l'estomac. Gazette des hôpitaux, 15 février 1890, page 181.

MATHIEU. — Thérapeutique des maladies de l'estomac, 1^{re} édition, page 342.

ROBIN. — De la diminution du taux de l'urée. Gazette médicale. Paris 1884, page 385.

TROISIER. — Adénopathie sus-claviculaire. Société médicale des hôpitaux, 8 octobre 1886, page 394.

OBSERVATIONS.

CAILLAU. — Difficulté du diagnostic des maladies de l'estomac. Thèse de Paris, 1873, faux cancer, guérison, page 32. Tumeur stercorale prise d'abord pour un cancer, etc., page 35.

CHAPUT. — Ulcère de l'estomac pris pour un cancer et guéri par le chlorate de soude. Retour des accidents. Bulletin de la Société anatomique, décembre 1894 page 914.

— Enorme adénome de la paroi postérieure de l'estomac pris pour un cancer. Guérison. Bulletin de la Société anatomique, juin 1895, page 534.

DESCHAMPS. — Diagnostic du cancer. Thèse de Paris, 1884-1885, tumeur épigastrique prise pour cancer. Disparition sous-chloroforme, page 49. Trois observations d'anciens ulcères pris pour des cancers, pages 28, 29 et 41.

HANOT et GOMBAULT. — Sclérose sous-muqueuse hypertrophique. Observation du D^r Hare. Archives de physiologie, 1882, page 418.

LORENZI. — Difficulté du diagnostic différentiel entre l'ulcère simple et le cancer. Thèse de Paris, 1894-1895. Trois observations d'anciens ulcères simples pris pour des cancers, pages 34, 37 et suivantes.

MUSELIER. — Sur un cas de faux cancer de l'estomac. France médicale, 1887, page 1775.

RENDU. — Induration pylorique non cancéreuse. Gazette des hôpitaux, 1889, page 1138.

RICHELOT. — Sténose pylorique chez hystérique. Laparotomie, guérison. Bulletin de la Société de chirurgie, 23 mai 1894, page 440.

TERRIER. — Néoplasme inflammatoire de la petite courbure de l'estomac. Adhérences, laparotomie, guérison. Bulletin de la Société de chirurgie, 23 mai 1894, pages 424 et suivantes.

— Tumeur épigastrique, faux cancer, guérison. Bulletin de la Société de chirurgie 23 mai 1894, page 426.

TROUSSEAU. — Faux cancer, autopsie : gastrite chronique. Faux cancer, guérison. Cliniques de l'Hôtel-Dieu. Tome III, pages 75 et suivantes.

